Nr. 6 R. 1938. LISTOPAD — GRUDZIEŃ ROK XXXIII

KRONIKA DENTYSTYCZNA

DWUMIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ, SPRAWOM ZAWODOWYM, DENTYSTYCE SPOŁECZNEJ, USTAWODAWSTWU I ADMINISTRACJI SANITARNEJ ORAZ WSZELKIM ZAGADNIENIOM, OBCHODZĄCYM ŚWIAT LEK.-DENTYSTYCZNY.

1918 – 11 XI – 1938

NAJJAŚNIEJSZEJ RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ,

KTÓRA W DRODZE DO POTĘGI ZAWSZE MIAŁA NA WZGLĘDZIE ZDROWIE FIZYCZNE I MORALNE NARODU I W SWYCH DZIEJACH GŁOSIŁA HASŁA TOLERANCJI, SPRAWIEDLIWOŚCI I MIŁOŚCI BLIŹNIEGO,

W DWUDZIESTĄ ROCZNICĘ ZDOBYTEJ NIEPODLEGŁOŚCI

HOŁD SKŁADA

REDAKCJA

„Teraz wszyscy obywatele wolnej Polski muszą wykorzystać czas pokoju i zdobyć się na wielki wysiłek woli, na duże natężenie pracy, aby w krótkim czasie dogonić świat cały".

Józef Piłsudski

Z przemówienia w dniu 31 grudnia 1920 r.

Z PRZEMÓWIENIA P. PREZYDENTA RZPLITEJ PROF. IGNACEGO MOŚCICKIEGO W DNIU 10 LISTOPADA 1938 R. Z OKAZJI OBCHODU XX-LECIA NIEPODLEGŁOŚCI.

„Dzień 11 listopada 1918 r. zapieczętował stare księgi naszego upadku, naszej niewoli, naszego rozdarcia i rozbicia, a zarazem otworzył nowe, niezapisane księgi dziejowe i postawił je obok tych, które od początku istnienia Państwa Polskiego aż po zwycięstwo wiedeńskie zapisały tyle wielkich czynów, tyle wielkich myśli, tyle bohaterstwa w służbie Państwa, Narodu i Wiary dawnej Polski...

Dzień 11 listopada umożliwił nam nawiązanie do najświetniejszych tradycji, opierających potęgę Polski na pracy i ofiarności obywateli, umożliwił nam też przecięcie niewolniczego pasma upokorzeń w przymusowej służbie na obcy rachunek...

I od tej daty niejedno zwycięstwo polskie wpisane zostało do historii pierwszego dwudziestolecia Niepodległości od bitwy Warszawskiej aż po dzień powrotu Śląska Zaolzańskiego do Rzeczypospolitej. Tylko, że nasze polskie zwycięstwa mają czasami treść tak bogatą, że aż trudną do zrozumienia szczególnie dla obcych...

Zło, siane na ziemiach Polski w ciągu całych dziesięcioleci przez zaborców miał się dopiero ujawnić w całej jaskrawości w Wolnej Polsce. Pod obcym panowaniem jakże ułamkowy udział brało społeczeństwo polskie w budowie szkół polskich, w rozbudowie przemysłu i komunikacji, w regulowaniu dróg wodnych, w wyzyskaniu bogactw naturalnych ziemi, w tworzeniu instytucji społecznych, opiekuńczych i zdrowotnych, w procesie reform finansowych i agrarnych, w procesie rozbudowy miast?

Gdybyśmy przeszli bezczynnie, po prostu z prądem fali przez to pierwsze dziejowe dwudziestolecie, poddając się namiętnościom walk o fikcje siły i organizacji, bylibyśmy pod jego koniec przedmiotem lekceważenia obcych, pomniejszeni w swej roli nie tylko na zewnątrz, ale i wewnątrz naszego Państwa...

Dziś tedy nadchodzi chwila, by w sposób najbardziej obiektywny stwierdzić, że w tym dwudziestoleciu potężna indywidualność Piłsudskiego zaważyła na naszym rozwoju w taki sposób, że możemy z dumą patrzeć na cały dorobek nowoczesnej Polski...

Wiemy, że 11 listopada 1918 r. jednoczyła Naród Polski słabość naszych zaborców; Piłsudski uczył nas potem przez lat kilkanaście, iż winniśmy się jednoczyć dla potęgi Polsk.

Niech ten rozkaz Wielkiego Marszałka zachowa swą wagę jako drogowskaz i dla następnych, wyrastających w coraz większym poczuciu siły państwowej pokoleń Rzeczypospolitej“.



Pierwszy Marszałek Polski
Józef Piłsudski

Pierwszy Prezydent Polski
Gabriel Narutowicz



Prezydent Rzeczyposp. Polskiej
Prof. Ignacy Mościcki



Marszałek Polski i Generalny
Inspektor Sił Zbrojnych
Edward Śmigły - Rydz

RZUT OKA NA DOROBEK PAŃSTWOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA W CIĄGU LAT DWUDZIESTU W ODRODZONEJ POLSCE.

Pierwsze podwaliny Polskiej Sł. Zdr. kładziono w okresie toczącej się wojny światowej. W dniu 15 lutego 1917 r. w Departamencie Spraw Wewnętrznych Tymczasowej Rady Stanu utworzono *Referat Zdrowia Publicznego;* kierownikiem został dr. Witold Chodźko.

W kwietniu 1918 r. powstało *Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy.*

W październiku t. r. zostało ono podzielone na *Ministerstwo Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej* oraz na *Ministerstwo Ochrony Pracy.*

W tymże czasie utworzono *Okręgowe i Powiatowe Urzędy Zdrowia,* zależne od władz okupacyjnych. Po ich ustąpieniu i przejęciu administracji przez urzędy polskie, w ciężkiej sytuacji w grudniu 1918 r. utworzono odrębne *Ministerstwo Zdrowia Publicznego.*

W r. 1920 poza tym utworzono specjalny urząd *Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemiami* oraz *Instytut Epidemiologiczny* jako Centralne Laboratorium diagnostyczne.

W r. 1924 ze względów oszczędnościowych skasowano Ministerstwo Zdrowia Publicznego, główną część jego agend przekazano Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, częściowo przeniesiono do Ministerstwa Opieki Społecznej.

W r. 1932 nastąpiła reorganizacja centralnych władz Służby Zdrowia: Departament Służby Zdrowia przeniesiono z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Ministerstwa Opieki Społecznej. Obecnie w tym zespolone są wszystkie agendy Zdrowia Publicznego, natomiast technika sanitarna pozostała w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, higiena szkolna — w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Ośw. Publicznego, higiena środków komunikacyjnych — w Ministerstwie Komunikacji, higiena więzień — w Ministerstwie Sprawiedliwości.

Jako ciało doradcze i opiniodawcze, przy Ministerstwie Opieki Społecznej powstała *Naczelna Rada Zdrowia,* do której wchodzą przedstawiciele Ministerstwa Op. Społecznej, innych Ministerstw, Państwowego Zakładu Higieny, Uniwersytetu, Naczelnej Izby Lekarskiej, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Samorządu Terytorialnego i in.

Państwowy Zakład Higieny powstał z wyżej wymienionego Instytutu Epidemiologicznego — prowadzi badania naukowe, wyrób surowic i szczepionek, wyszkala personel Służby Zdrowia Publicznego i spełnia różne czynności, przekazane mu przez Ministerstwo Op. Społecznej, posiada 11 filii w poszczególnych województwach.

Administracji Ministerstwa Opieki Społecznej podlegają: zdrojowiska państwowe: Burkut, Busk, Ciechocinek, Druskieniki, Krynica, Szkło, 19



Prezes Rady Ministrów
Gen. Dr. Felicjan Sławoj-Składkowski.



Marian Zyndram-Kościałkowski
Minister Opieki Społecznej



Wicemin. Min. Op. Społecznej
Dr. Eugeniusz Piestrzyński

szpitali państwowych ,przeważnie w Województwach Wschodnich, Wydziały Zdrowia Publicznego w Urzędach Wojewódzkich, z którymi połączone są Wydziały Pracy i Opieki Społecznej. Dyrektor, jako kierownik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, ma do pomocy kilku inspektorów lekarskich i farmaceutycznych, kontrolujących instytucje Zdrowia Publicznego na danym terenie, epidemiologów, będących w kontakcie z Państwowym Zakładem Higieny, mających za zadanie zwalczanie chorób epidemicznych, referentów ratownictwa sanitarnego, zajętych przystosowaniem aparatu sanitarnego do warunków wojennych, oraz instruktora pielęgniarskiego, mającego nadzór nad działalnością pielęgniarek w zakładach leczniczych i zapobiegawczych.

Niezależnie od wojewódzkich władz lekarskich w mieście powiatowym jest *lekarz powiatowy*, mający nadzór nad Zdrowiem Publicznym na powierzonym terenie.

Budżet Państwowej Służby Zdrowia wynosi rocznie 10 milionów zł.

Działalność Państwowej Służby Zdrowia ma zadanie nie tylko czynności legislacyjne i nadzorcze, lecz częściowo bierze udział w akcji udzielania zapomóg różnym instytucjom, współdziałającym w zakresie Zdrowia Publicznego, również pokrywania kosztów leczenia ubogich chorych, czasem udzielania pomocy położnej gminnej.

W r. 1925 Służba Zdrowia powołała do życia pierwsze 2 *Ośrodki Zdrowia;* w dniu 1.I.1938 było ich już 482, liczba ich ma być powiększona do 1300, aby było pięć na każdy powiat. Ośrodki Zdrowia mają na celu: opiekę nad matką i dzieckiem, walkę z chorobami zakaźnymi i społecznymi, nadzór nad wodą, żywnością, nad usuwaniem nieczystości. W 1936 r. 397 Ośrodków Zdrowia roztoczyło opiekę nad 1,085,329 osobami, udzielając im 2,233,014 porad lekarskich i wykonywając 378,176 odwiedzin domowych przez pielęgniarki. Koszt prowadzenia Ośrodków Zdrowia w r. 1936 wyniósł zł. 5,119,217.

Wydatki ogólne na sprawy Zdrowia Publicznego Samorządu Terytorialnego w r. 1937/38 wyniosły 52,7 miliona.

Polski Czerwony Krzyż, Polski Związek Przeciwgruźliczy, Polski Związek Przeciwweneryczny, Polskie Towarzystwo Higieniczne, Związek Pracy Kobiet i in. przychodzą z dużą pomocą Służbie Zdrowia nad podniesieniem ogólnej zdrowotności Państwa.

Wobec chaosu, jaki panował w prawie administracyjnym Sł. Zdrowia w b. zaborach, zunifikowano je stosownie do warunków i wymagań Odrodzonego Państwa.

Uporządkowano ostatecznie zagadnienie stanu lekarskiego i zawodów pokrewnych, przeprowadzając niejednokrotnie rejestrację dyplomów i świadectw, wśród których były też wątpliwej wartości.

W ciągu lat kilku ukazywały się przepisy normujące wykonywanie

praktyki poszczególnych zawodów: lekarzy (1921), lekarzy-dentystów (1927), farmaceutów (1932), felczerów (1921), położnych (1928), pielęgniarek (1935), kontrolerów sanitarnych (1930).

Według danych z r. 1935 w P. Polskim mamy lekarzy 12,427 czyli jednego na 2800 mieszkańców, lekarzy-dentystów pg danych z r. 1938 — 3601, farmaceutów — 5923, położnych — około 10.000, pielęgniarek — około 1500, kontrolerów sanitarnych — około 400, felczerów — 1700, techników dentystycznych uprawnionych m. w. 800. Dalszy poważny dorobek obejmuje okresy walk z ostrymi epidemiami już od pierwszej chwili odzyskania Niepodległości Państwa (w r. 1919 zanotowano 219,088 przypadków duru plamistego).

W r. 1919 — 1924 uruchomiono 113 szpitali o 6500 łóżkach oraz 53 kąpieliska i łaźnie, utworzono kordon reemigracyjno-sanitarny wzdłuż granicy wschodniej (trzy linie sanitarne). W r. 1923 wszystkie epidemie w Polsce wygasły.

Czyniąc wielki wysiłek o podniesienie stanu sanitarnego kraju, Państwowa Służba Zdrowia prowadziła walkę z t.zw. chorobami społecznymi o charakterze przewlekłym i masowym: gruźlicą, jaglicą, chorobami wenerycznymi, umieralnością matek i niemowląt, alkoholizmem i in. Odbywała się ona w specjalnych przychodniach, bądź samodzielnych, bądź połączonych z Ośrodkami Zdrowia, udzielając porad i prowadząc odpowiednie leczenie ewent. udzielając wskazówek co do zachowania się w domu. Przychodni w walce z gruźlicą na początku roku 1918 było 8, na początku r. 1938 było 532, liczba łóżek na gruźlicę w r. 1928 wynosiła 6827, w r. 1937 — 8,318. Opracowano projekt ustawy przeciwgruźliczej, złożony Izbom Ustawodawczym.

Od dłuższego czasu P. Służba Zdrowia prowadzi szczepienia ochronne niemowląt przeciw gruźlicy.

Przychodni przeciwjagliczych na początku roku 1925 było 11, na początku 1938 — 696. Niezależnie od tego uruchomiono kolumny przeciwjaglicze wspólnie z Polskim Czerwonym Krzyżem, kierowane do terenów, objętych jaglicą.

Przychodni przeciwwenerycznych na początku r. 1923 było 14 na początku r. 1938 — 507. Opracowany przez Ministerstwo Op. Społecznej projekt Ustawy Przeciwwenerycznej złożono Izbom Ustawodawczym do zatwierdzenia.

Opracowany jest przez Min. Op. Sp. projekt Ustawy o opiece nad zdrowiem dziecka.

Kosztem Państwa utrzymywane są dwa zakłady lecznicze dla alkoholików i narkomanów — dla mężczyzn w Świacku Wołłowiczowskim (pow. Augustów), drugi dla kobiet w Gościejewie (pow. Oborniki).

Z chorobami, które nabierają charakteru chorób społecznych — rak, reumatyzm, choroby psychiczne, prowadzona jest energiczna walka.

Państwowa Służba Zdrowia normuje szereg zagadnień, obejmujących *sprawy higieny publicznej,* dodatnio wpływającej na stan sanitarny kraju: prawo budowlane, dozór nad artykułami żywności i przedmiotów użytku, wodociągi, ustępy, śmietniki, piekarnie, sklepy spożywcze, jatki, hotele, jadłodajnie, fryzjernie, nieruchomości, *sprawy lecznictwa:* zakłady lecznicze, po wojnie było w Polsce 304 szpitali z 44,205 łóżkami, na początku r. 1938 było już 667 szpitali z 74,999 łóżkami, co stanowi przyrostu o 70% w stosunku do r. 1914, na 1000 mieszk. przypada obecnie 2,2 łóżka. W r. 1928 został ogłoszony dekret P. Prezydenta o zakładach leczniczych; już w r. 1922 wydano Ustawę o uzdrowiskach, regulującą różne żywotne sprawy; frekwencja wzrasta z roku na rok; odbywa się też sprzedaż wód mineralnych i produktów zdrojowiskowych poza uzdrowiskami.

P. Służba Zdrowia opracowała projekt Ustawy Aptekarskiej, zwiększono liczbę aptek (w r. 1918 było w Polsce 1560 aptek, w r. 1938 jest już 2310), przerabiano niejednokrotnie taksę aptekarską dla udostępnienia leków najszerszym masom ludności; w r. 1937 wydano w opracowaniu Komisji Naukowej Farmakopeę Polską, a w r. 1938 wydano specjalny wykaz środków leczniczych do przepisywania dla chorych ubogich.

Władze polskie otoczyły staranną opieką przemysł chemiczno-farmaceutyczny; powstały wytwórnie i fabryki; wyrabiane są środki, dotychczas sprowadzane z zagranicy (odsetek preparatów obecnie wynosi zaledwie 10%); liczba zarejestrowanych specyfików w r. 1921 wynosiła 21, obecnie — 1978; unika się więc wywożenia kapitałów zagranicę i daje się zatrudnienie robotnikowi polskiemu.

Powołany do życia Państwowy Zakład Higieny (Warszawa, Chocimska 24),w r. 1923 przekształcony z powstałego w r. 1918 Centralnego Zakładu Epidemiologicznego, zreorganizowany został w r. 1927, zawiera działy: bakteriologii, medycyny doświadczalnej, dział produkcji surowic i szczepionek, dział chemii farmaceutycznej, dział nauczania (Państwowa Szkoła Higieny) i dział higieny psychicznej (Instytut Higieny Psychicznej). W r. 1919 wykonano 32,477 badań diagnostycznych, w r. 1937 — 450,092.

W P. Szkole Higieny odbywają się co roku 6-miesięczny kurs dla lekarzy, kontrolerów sanitarnych, nauczycieli i działaczy społecznych, pielęgniarek, wychowawców z zakresu higieny psychicznej, rodziców dzieci trudnych do prowadzenia i dział wydawniczo-propagandowy.

Zasadnicza Ustawa Sanitarna z dnia 10 lipca 1919 r. (Dziennik Ustaw nr. 63 poz. 371) art. 2 p. 1 przewiduje kompetencję Min. Zdrowia Publicznego, której podlegają sprawy dentystyczne i technicy dentystyczni.

Rozporządzeniem b. Ministra Zdrowia Publicznego dra Witolda Chodźki z dnia 17 lutego 1920 r. (Monitor nr. 43 z dnia 23 lutego 1920 r.) powołany został do życia w Warszawie Państwowy Instytut Dentystyczny, zapoczątkujący w Polsce reformę studiów lekarsko-dentystycznych (po zwinięciu prywatnych Szkół Lekarsko-dentystycznych Troppa, Szymańskiego i Słowesa w Wilnie). Instytut, jako wyższa uczelnia z 4-oletnim kursem, następnie w r. 1922 przeszedł pod zarząd Ministerstwa Wyznań Religijnych i Ośw. Publicznego i w r. 1933 uzyskał prawa wyższej uczelni akademickiej, p. n. Akademia Stomalogiczna.

W r. 1927 wydane zostało Rozporządzenie Prezydenta Rzeczp. z dnia 10 czerwca o wykonywaniu praktyki dentystycznej (Dz. Ust. nr. 54 z dnia 18 czerwca). Rozporządzeniem Prezydenta Rzp. z dnia 27 października 1933 następuje zmiana poprz. Rozporządzenia (Dz. Ust. nr. 84 z dnia 29 czerwca), następnie Obwieszczenie Min. Opieki Społecznej z dnia 21 grudnia 1933 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu powyższego Rozp. o wykonywaniu praktyki l. dentystycznej (Dz. Ust. nr. 4 z dnia 16 stycznia poz. 32). Następnie wydano szereg okólników i rozporządzeń, dotyczących zawodu lekarsko-dentystycznego.

Okólnik Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 20 czerwca 1927 r. nr. Z. O. 2950/27 w sprawie Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki dentystycznej (Dz. Ust. Rzp. P. nr. 54 poz. 476). Zbiór Zarządzeń Min. Spr. Wewn. (r. 1918 — 1930), Cz. I, Warszawa 1930.

Okólnik Ministra Spraw Wewn. z dnia 26 września 1927 r. nr. Z. O. 4761/27 w spr. Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki dentystycznej do Wojewodów i Komisarza Rządu na m. st. Warszawę, Zbiór Zarządzeń Min. Spraw Wew. (r. 1918 — 1930). Cz. I Warszawa 1930 r. str. 148.

Okólnik Ministerstwa Spraw Wewn. z dnia 16 listopada 1929 r. nr. Z. O. 4321/29 do Wojewodów w sprawie rejestracji techników dentystycznych b. Zab. Pruskiego i Austriackiego. Zbiór Zarządzeń Min. Spr. Wewn. (1918 — 1930). Cz. I Warszawa 1930 r. str. 149.

Rozporządzenie Ministerstwa Spraw Wewn. z dnia 16 stycznia 1929 r. o ogłaszaniu się lekarzy-dentystów. Dz. U. Rzeczp. P. nr. 8 z dnia 8 lutego 1929 r.

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewn. z dnia 24 lutego 1930 r. o ogłaszaniu się uprawnionych techników dentystycznych. Dz. U. Rzp. P. nr. 20 z dn. 25 marca 1935 r.

Okólnik Min. Spraw Wewn. z dnia 3 marca 1932 r. nr. 25 w sprawie wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w kilku miejscach.

Rozporządzenie Min. Spraw Wewn. z dnia 21 listopada 1928 r. w spr. egzaminu dla techników dentystycznych (Dz. U. nr. O. Z. z dnia 5 grudnia poz.864).

Rozporządzenie Min. Opieki Społ. z dnia 23 października 1934 r. o egzaminach dla techników dentystycznych (Dz. U. nr. 103 z dnia 26 listopada r. 1934 poz. 922) i z dnia 12 kwietnia 1937 r. (Dz. U. nr. 33 z dn. 30 kwietnia).

Instrukcja dla szkolnych lekarzy-dentystów, zatwierdz. przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego w porozumieniu z Min. Wyzn. Rel. i Ośw. Publ. z dnia 8 paźdz. 1919 r. za nr. 3510/dep. 718.

Urzędowy cennik porad i zabiegów lek. dentystycznych Komisariatu Rządu m. Warszawy z kwietnia 1925 r.

Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej z dnia 15 marca 1938 r. za nr. Zn. 6b/1 — 3 w sprawie ewidencji lekarzy-dentystów.

Okólnik Min. Spr. Wewn. z dnia 22 maja 1931 r. za nr. Z. O. 1197/31 w sprawie wykonywania zębów sztucznych z niewłaściwego złota.

Pismo Okólne Min. Opieki Społ. z dnia 20 maja 1938 r. za nr. Zn. 6c/1 — 8 w sprawie stosowania w praktyce dentystycznej metalu randolf.

Ustawa z dnia 11 stycznia 1938 r. o izbach lekarsko-dentystycznych (Dz. Urz. R. P. z dnia 31 stycznia nr. 6 r. 1938).

Widzimy więc, iż na wszystkich odcinkach zdrowotności Państwa uczyniono wiele, wszędzie widzimy znaczny postęp.

MYŚLI WYBRANE.

„Powodzenie, z reklamy wynikające, jest jako ogień słomiany — szybko wybucha, ale też i szybko gaśnie. Zauważyłem, że trwałe powodzenie lekarza zawsze powoli i tylko latami się wyrabia".

„Reklama oparta jest na łatwowierności i ciekawości ludzkiej. Nietrwały to fundament, na którym życia budować nie można. Łatwowierność szybko przechodzi w niewiarę, a zaspokojona ciekawość nudzi".

„Potępienia godni są lekarze, którzy dla reklamy, dla okazania swej wszechmocy straszą niepotrzebnie chorych i otoczenie. Taki lekarz nic na tym nie zyskuje, lecz traci, gdyż kto straszy, kto boleść nam sprawia, do tego długo żal mamy i tego nawet znienawidzieć możemy".

Dr. Władysław Biegański.

„Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej".

40-LECIE ODKRYCIA RADU.

W listopadzie 1898 r. Piotr i Maria Skłodowska-Curie dokonali epokowego odkrycia radu, oddając nauce i ludzkości wielkie usługi. Odkrycie to stało się podwaliną nowego działu lecznictwa t.zw. curioterapii czyli leczenia pomieniami radu, mającego zastosowanie w chorobach skórnych, a zwłaszcza w początkowych fazach nowotworów m. in. raka.

Cały świat nauki obchodził uroczyście czterdziestoletnią rocznicę wiekopomnego dzieła znakomitej uczonej Polki (zmarła 4 lipca 1934 r.), która rozsławiła imię Polski na całej kuli ziemskiej, obdarzając ludzkość epokową zdobyczą, pozwalającą wejrzeć głębiej w tajniki przyrody i myśleć o spełnieniu odwiecznych marzeń o twórczym nad nią panowaniu.



Maria Skłodowska-Curie w swoim laboratorium.

Doniosłe odkrycie ciał promieniotwórczych i ich działania obchodzi więcej polski świat lekarski. Zagadnienie leczenia nowotworów jest silnie związane z działaniem ciał promieniotwórczych i było bodźcem do utworzenia w myśl najgorętszych życzeń genialnej uczonej Instytutu Radowego w Warszawie przy ul. Wawelskiej na terenie Pola Mokotowskiego. Powstał on staraniem Rządu i społeczeństwa kosztem 2$^1/_2$ miliona zł., do czego dochodzi hojna ofiara Marii Skłodowskiej w postaci 1 grama radu wartości 550 tysięcy zł. Na frontonie dwupiętrowego gmachu widnieje napis „Instytut Radowy im. Marii Skłodowskiej-Curie". Stanowi on centralny ośrodek walki ze straszną chorobą, jaką jest rak, pochłaniającą zgodnie ze statystyką międzynarodową przeciętnie 10$^0/_0$ zgonów rocznie (w stosunku do liczby ludności danego kraju). Dla Polski liczba zgonów może być określona na 30 — 35 tys. rocznie.

Instytut Radowy posiada odpowiednio wyszkolony personel i pierwszo-

rzędne wyposażenie techniczne. Dział medyczny (zajął dwa pawilony) obejmuje przychodnię, służącą do badania i kwalifikowania chorych, szpital z 80 łóżkami, oddział głębokiej terapii rentgenem, oddział chirurgiczny, pracownię histopatologiczną, pracownię analiz klinicznych oraz pracownię diagnostyczną rentgenologiczną.

Napływ chorych jest coraz większy. Oddział rentgenologiczny, rozporządzający 5 aparatami, zmodernizowanymi w r. 1930 kosztem 70.000 zł do głębokiej terapii, od dwóch lat pracuje na dwie zmiany, liczba naświetlań w r.b. wynosi 25 tys. Instytut obsługuje całe Państwo; rak wśród chorych stanowi dominującą ilość przypadków. Przeprowadzane są tu również zabiegi chirurgiczne.

W ostatnim roku odbyto ponad 18 tysięcy seansów głębokiej terapii rentgenem; chorych leczonych wyłącznie radem było 533, leczonych radem i promieniami Roentgena 246, leczonych chirugicznie i radem — 41, analiz klinicznych wykonano 3291.

Z okazji 40-lecia odkrycia radu odbyły się międzynarodowe zebrania i zjazdy w sprawie zwalczania raka, poświęcone zarazem uczczeniu pamięci odkrywców. Między innymi w dniu 23 listopada 1938 r., o godz. 9 wiecz., w wielkiej sali paryskiej Sorbony odbył się uroczysty Zjazd, zorganizowany przez Międzynarodową Unię Przeciwrakową. W Zjeździe brali udział delegaci blisko 50 państw. Prezydent Republiki Francuskiej, Lebrun, przemówił w odpowiedzi na przemówienie P. Prezydenta Rzeczypospolitej prof. Mościckiego, wygłoszone do mikrofonu, ustawionego na Zamku warszawskim. Prezydent Mościcki uwydatnił znacznie odkrycia radu dla zbadania przesubtelnych przemian atomów materii martwej, zaznaczył, że żadne zjawisko w przyrodzie nie jest odosobnione; dostrzegalny świat stanowi całość, olśniewającą nas bogactwem form, przed zawrotną zawiłością których cofają się nie raz umysły najbardziej wtajemniczone; zdumiewająca ciągłość, z jaką nauka się rozwija i rośnie, jest zjawiskiem niezmiernie krzepiącym; pomimo zmian lub nawet klęsk, jakie zachodzą w życiu narodów, kolejne pokolenia zachowują i powiększają skarbiec nauki, wszelkie trudności, niekorzystne warunki, a nawet okresy zastoju mogą conajwyżej zwolnić, ale nigdy nie potrafią zatrzymać nieuniknionego postępu nauki; walkę z plagą raka będziemy prowadzić tą właśnie drogą, najbardziej pewną, a mianowicie przez badania naukowe, przeciwstawiając w ten sposób chorobom, które gnębią ludzkość, moc twórczą człowieka; wiarę w szczęśliwy wynik tej walki czerpiemy z tysiącletniej historii myśli naukowej.

W zakończeniu swego przemówienia P. Prezydent podkreśla niezwykłe piękno tak ścisłej harmonijnej współpracy obojga małżonków Curie dla dobra ludzkości. Widzimy w nich symbol zawsze bliskiego współdziałania naszych dwóch cywilizacji, jednoczących Polskę i Francję we wspólnym

wysiłku, zmierzającym do celów wzniosłości pełnych i do przyszłości coraz lepszej...

W dniu 16-ym listopada w T-wie Naukowym w Pałacu Staszica odbyła się akademia ku czci Marii Skłodowskiej-Curie. Protektorat objął P. Prezydent Rzplitej. Obecni byli Minister W. R. i O. P., prof. Świętosławski, ambasadorowie państw, Pani Marszałkowa Aleksandra Piłsudska, przedstawiciele świata nauki, młodzież szkolna i licznie zebrana publiczność. Akademię zagaił dr. Weinert, wiceprezes Polskiego Komitetu do zwalczania raka. Wygłosili referaty prof. Czyżewski i prof. Grzybowski.

W dniach od 23 do 30 listopada r.b. odbył się w Polsce Międzynarodowy Tydzień Przeciwrakowy, który wzbudził wielkie zainteresowanie wśród wszystkich sfer społeczeństwa polskiego.



Instytut Radowy im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie przy ul. Wawelskiej.

Towarzystwo Instytutu Radowego im. Marii Skłodowskiej-Curie ogłasza następującą odezwę:

W dniu, w którym świat cały święci czterdziestolecie odkrycia radu i pamięć tych, którzy je dali ludzkości, „Towarzystwo Instytutu Radowego im. Marii Skłodowskiej-Curie“ ma obowiązek przypomnieć społeczeństwu pewne fakty:

Instytut Radowy został powołany do życia przez Marię Curie-Skłodowską w r. 1921, gdy po raz pierwszy po wojnie odwiedzała wyzwoloną Ojczyznę, wyrzekła wtedy pamiętne słowa: „Moim najgorętszym życzeniem jest powstanie Instytutu Radowego w Warszawie“. Dzięki poparciu Rządu i całego społeczeństwa, dzięki cennej opiece Pana Prezydenta Rzeczypospolitej, życzenie to zostało spełnione. Instytut powstał. Nosi wielkie imię, którego musi być godnym. Nie wolno mu obniżać poziomu, ciągle

musi uzupełniać swe braki i udoskonalać się. Potrzeby jego są jeszcze duże.

Ilość radu, przeznaczonego na leczenie, jest niedostateczna. Pracownia fizyki promieniotwórczej ma go zaledwie paręset miligramów, co nie jest wystarczające do większych prac badawczych. Ilość aparatów Roentgena jest także zbyt mała.

Ogromny napływ pacjentów wymaga rozbudowy szpitala i powiększenia wszystkich środków leczniczych. Potrzeby te są pilne i muszą być zaspokojone, jeśli Instytut ma należycie spełniać swą pożyteczną działalność.

Na frontonie Instytutu widnieje napis „Marii Skłodowskiej-Curie w hołdzie". Niech każdy w miarę możności postara się o to, aby hołd ten był godny Marii Skłodowskiej-Curie. Konto P.K.O. „Towarzystwa Instytutu Radowego im. Skłodowskiej-Curie" — jest 9.255.

Za Komitet Towarzystwa Instytutu Radowego im. Skłodowskiej-Curie:

Prezes *Prof. dr R. Nitsch.*

Za sekretarza *dr B. Dłuska.*

MYŚLI WYBRANE.

„Koleżeństwo to rodzina, a koledzy - towarzysze to członkowie jednej rodziny, powiązani ze sobą jednakowym stopniem wykształcenia, jednakową pracą, jadnakowymi nadziejami, upodobaniami, bólami. Te wspólne cechy życia duchowego więcej ludzi wiążą, aniżeli interes, fortuna, która bardzo nierówno darami swoimi towarzyszów wspólnej pracy obdarza".

„Ale na tym świecie — jak mówi poeta — robak się lęgnie i w bujnym kwiecie. Robakiem, który toczy bujny kwiat koleżeństwa, jest zazdrość. Z robaka tego wylęga się zawsze brzydka poczwarka — brudny czyn".

„Koleżeństwo, oparte na wspólnym interesie, nie jest już koleżeństwem, lecz syndykatem, zmową, która trwa dopóty tylko, dopóki istnieje cel zysku".

Dr. Władysław Biegański.

„Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej".

Dr. WŁODZIMIERZ SZAFRAN Lwów

Z ROZWAŻAŃ NAD DZIEDZICZNOŚCIĄ W POWSTAWANIU PRÓCHNICY ZĘBOWEJ.

(Wykł. wygł. na XV Zjeździe Lek. i Przyrodn. P. w 29 Sekcji Stomat. w lipcu 1937 r.)

Mimo że prace nad powstawaniem próchnicy zębów rozciągają się na długi szereg lat, ciągle jeszcze nie dało się wyjaśnić, aby można było myśleć o jednolitej teorii i uzasadnionej na niej profilaktyce. Przed blisko 20-tu laty uważano, że istnieją jakieś przyczyny życiowe powstawania próchnicy, szczególnie, gdy obserwowano u tej samej osoby zmienne w ciągu życia skłonności do próchnicy. Wykonano w tym celu szereg prób żywienia młodych zwierząt barwnikami. Doświadczenia te jednak nie doprowadziły do celu.

Następnie badania przesunięto w dziedzinę badań anatomo-histologicznych, biologicznych i innych dziedzin wiedzy lekarskiej. A gdy i w tym kierunku prowadzone badania nie ustaliły jednolitej teorii, zwrócono się w kierunku badań problemów konstytucji, predyspozycji i odporności. Wreszcie zainteresowano się problemem próchnicy *z punktu widzenia dziedziczności.*

Od dawna znany jest fakt, że utrzymanie rodzaju ludzkiego jak zresztą wzsystkiego co żyje, następuje przez odziedziczenie; znany też jest fakt odziedziczenia pewnych właściwych cech. Naukowe ujęcia i uzasadnienia tych obserwacji łączą się wkońcu w pojęcie, że istoty dziedziczenia szukać należy w zachowaniu się specjalnych związków tak zwanych genów. Część doświadczalna tej dziedziny badań zajmuje się różnorodnymi doświadczeniami na obiektach świata roślinnego i zwierzęcego.

O ile wyjaśnienie licznych doświadczeń nad zjawiskami dziedziczenia w świecie roślinnym i zwierzęcym zawsze może być ważne, o tyle znaczenie tej ważności wzrasta z chwilą, gdy wyniki tych badań dadzą się w ogóle zastosować do ludzi.

W świecie roślinnym i zwierzęcym bardzo łatwe są sztuczne skrzyżowania i to w dowolnej ilości, zależnie od potrzeb prowadzonych badań nad dziedziczeniem pewnych cech. U ludzi natomiast skazani jesteśmy na mozolne i systematyczne wyszukiwanie wyników skrzyżowania, które nam dostarcza przypadek, natura lub kaprys człowieka. Jednak udało się prawa i reguły dziedziczenia, stwierdzone u roślin i zwierząt, u ludzi nie tylko ustalić, ale nawet rozwiązać ponadto szereg zagadnień, które u roślin i zwierząt nie istnieją, a tym samym w drodze doświadczalnej nie mogły być wyjaśnione.

Jako przykład służyć może zagadnienie, odnoszące się do powstawania

normalnego i chorobliwego stanu w wyższych funkcjach psychicznych. Dlatego też nauka o dziedziczności w odniesieniu do ludzi jest słusznie uważana za ścisłą wiedzę, i zajmuje wybitne miejsce w badaniach nad dziedzicznością.

Najważniejszą część przeprowadzonych badań nad dziedzicznością odnosi się do nauki *o chorobach dziedzicznych.* Ma to pewne uzasadnienie: mniej lub więcej rzadkie schorzenia o wiele łatwiej jest śledzić w ich pochodzie przez pokolenia niż stan normalny.

Przyjąć więc możemy, że dziedziczność patologiczna doprowadzi z czasem do licznych i praktycznie ważnych wyników, podobnie jak badania dziedziczności w antropologii, dając nam wyjaśnienia w niezmiennych prawidłowościach, jakie kierują zjawiskami dziedziczenia.

Każde metodyczne badanie nad dziedzicznością polega na zebraniu wystarczającej ilości przypadków, w których określona cecha znajduje się w obrębie jakiejś grupy spokrewnionych osób, obojętnie czy będzie ona normalną, czy też patologiczną. Do tego u ludzi służą różne drogi.

Jedną z pierwotnych również klasycznych metod badania dziedziczności u ludzi stanowi *historia rodziny,* podająca szczegóły o zdrowotności i schorzeniach oraz o występowaniu pewnych cech. Do niedawna była ona prawie jedyną podstawą do badania dziedzicznych zjawisk patologicznych. Wyniki swoje zawdzięcza ona nie tylko dokładnemu opracowaniu historii poszczególnych wielkich rodzin, ale częściej jeszcze opracowaniu, obejmującemu całość większych liczb rodzeństwa, albo grup krewnych,. składających się tylko z rodziców i dzieci. Tę właśnie metodę badania zastosował Pfanner do 100 par małżeńskich i ich dzieci. Zbadał on mianowicie zęby rodziców i ich dzieci i na podstawie tych badań doszedł do wniosku, że *tak skłonność do próchnicy, jak i odporność na nią są dziedziczne.* W badaniach swoich oznaczał uzębienie dobre lub wadliwe. Za dobre uważał takie uzębienie, w którym nie znajdował żadnych, albo co najwyżej 4 zęby z ubytkami próchnicowymi, natomiast uzębienie, którego więcej niż 4 zęby posiadały ubytki, uznawał za wadliwe. W ten sposób prowadzone badania wykazały:

z 12 par małżeńskich, które posiadały dobre zęby:
- w 11 przypadkach wszystkie dzieci posiadały dobre zęby,
- w 1 przypadku wszystkie dzieci posiadały wadliwe zęby;

z 30 par małżeńskich, w których ojciec miał dobre zęby, zaś matka złe:
- w 10-ciu przypadkach wszystkie dzieci posiadały dobre zęby,
- w 10-ciu przypadkach wszystkie dzieci posiadały dobre i wadliwe zęby,
- w 10-ciu przypadkach wszystkie dzieci posiadały wadliwe zęby;

z 12 par małżeńskich, w których ojciec posiadał wadliwe a matka dobre zęby:

w 8-miu przypadkach wszystkie dzieci posiadały dobre zęby,
w 2 przypadkach wszyscy synowie posiadali dobre, córki wadliwe zęby,
w 2 przypadkach stan był różny u poszczególnych płci;
z 46 par małżeńskich, których ojciec i matka posiadali wadliwe zęby:
w 1-ym przypadku wszystkie dzieci posiadały dobre zęby,
w 5-ciu przypadkach dzieci posiadały dobre i wadliwe zęby,
w 40 przypadkach wszystkie dzieci posiadały wadliwe zęby.

Pfanner starał się przy tym tak dobierać przypadki, że tryb życia badanych, ich stanowiska społeczne, pożywienie i pielęgnowanie zębów u przeważnej liczby rodzin były te same, a zatem czynniki te mogły mieć tylko następny wpływ na powstawanie próchnicy.

Sam Pfanner, omawiając wynik swych badań, przyznaje, że *próchnicy nie można uważać za dominującą cechę dziedziczną*. Wynikałoby to również z pierwszej grupy badań, w której mimo że oboje rodzice posiadali dobre zęby, dzieci posiadały w jednym przypadku wadliwe zęby. Zarazem zaznacza on jednak, iż u dziadków badanych dzieci przeważały zęby próchnicowe. Uważając ten jedyny przypadek za wyjątek, w 11-stu dalszych przypadkach przyjmuje on potwierdzenie dziedziczenia tak wadliwych jak i zdrowych zębów.

Türkheim stoi na stanowisku, że etiologia próchnicy poza uwarunkowaniem konstytucjonalnym i wpływem czynników zewnętrznych ma również swe uzasadnienie w pewnej *nienormalnej konstytucji*, która jest czynnikiem wrodzonym. Jako ważny dowód tego twierdzenia, podaje on swoje wyniki badań nad symetrycznym występowaniem próchnicy u ludzi i to na miejscach atypowych i anormalnych zęba, nieprawidłowości w ustawieniu zębów, ich kształcie i t. d. Jako takie całkiem atypowe i symetryczne umiejscowienie ubytków przyjmuje on np. próchnicę szyjkową wszystkich dolnych zębów—od kła do drugiego trzonowca u 19-letniego chłopca, próchnicę odśrodkową wszystkich pierwszych trzonowców u dziecka 13 letniego, gdzie drugie trzonowce nie były jeszcze wyrznięte, niedokształcenia i próchnicę na wargowej powierzchni górnych środkowych siekaczy stałych oraz próchnicę szyjkową obu mlecznych kłów u dziewczynki 9 letniej, symetrycznie występującą próchnicę szyjkową wszystkich sześciu górnych zębów przednich u chłopca 16-letniego i t. d.

Kaufmann, badając podstawy hipotezy Türhheima, przeprowadził badania na 1018 osobach. Na tę liczbę badanych wykazał on u 95 osób symetryczne występowanie próchnicy na miejscach atypowych. Jako miejsca atypowe, symetryczne, uważał on np. próchnicę na środku powierzchni wargowej wszystkich kłów u osoby 38-letniej, próchnicę szyjkową górnych środkowych siekaczy i dolnych drugich trzonowców u osoby 23-letniej, próchnicę w szczelinach po stronie policzkowej pierwszych trzonowców

przy zupełnie poza tym zdrowych zębach u osoby 16-letniej, zupełne zniszczenie górnych drugich dwuguzkowców przy uzębieniu wolnym poza tym od próchnicy u osoby 25-letniej i t. d. Na liczbę 1018 zbadanych wykazał on zaledwie u 49 osób, że w poszczególnych szczękach zęby są wolne od próchnicy, przy czym u 23-ch osób były wolne od próchnicy zęby w szczęce górnej, zaś u 21 osób zęby w szczęce dolnej, natomiast u 5-ciu osób górne i dolne szczęki wolne były od próchnicy. Z osób tych 33 było płci męskiej, a 16 płci żeńskiej, wiek zaś badanych wynosił przeciętnie 21, 92 lat. Ponadto na podstawie swoich badań stanął Kaufmann na stanowisku, że także hypoplazje symetryczne są wrodzone. Wśród badanych znalazł on w 100 przypadkach wewnętrzne niedokształcenia szkliwa pod postacią białego i brunatnego zabarwienia (co wskazuje na większe nagromadzenie substancji organicznej pomiędzy blaszkami szkliwa), występujące symetrycznie, z tego w 10-ciu przypadkach w szczęce górnej, w 4-ch w szczęce dolnej, w 2-ch równocześnie w górnej i dolnej szczęce.

Hyatt zebrał statystykę próchnicy u 12,753 osób. Przyjmując, że każdy ząb ma 5 powierzchni, otrzymał on, licząc na osobę po 32 zęby, w ogólnej liczbie po 160 powierzchni na osobę, z tych 32 powierzchni uważa on za atypowe. W takim założeniu wykonane badania wykazały, że na powierzchniach atypowych próchnica znajdowała się w 119,926 zębach.

Hochstein ogłosił badania, odnoszące się do 104 osób, będących jaroszami, i 13 osób spożywających pokarmy nie gotowane. W obu przypadkach zęby badanych wykazywały liczne ubytki próchnicowe, co stałoby w widocznej sprzeczności do ogólnie przyjętego poglądu, że przez pożywienie jaroszów, a zatem bogate w sole i witaminy, zęby stają się odporne na próchnicę. W trzech przypadkach tylko jaroszów, którzy byli jaroszami od urodzenia i braćmi, stwierdził on brak ubytków próchnicowych, reszta badanych osób była albo jaroszami od urodzenia, albo co najmniej od 20 lat .Z tablic, zestawionych przez Hochsteina, wynika, że procent zniszczonych próchnicą zębów u obu rodzajów badanych grup wynosi około 60%, co równałoby się przeciętnej próchnicy w ogóle u ludzi.

Podobne badania przeprowadził Stemmann, badając uzębienie 100 rzeźników, z których wielu miało również przodków rzeźników. Stwierdził on przy tym, że liczba *wolnych* od próchnicy zębów wynosiła przeciętnie 23,1 na osobę w wieku od 15 — 20 lat, a 16,5 na osobę w wieku 51 — 50 lat. Natomiast liczba zębów *chorych* wynosiła w pierwszym przypadku 5,9, w drugim zaś 74,6. Stan uzębienia stara się on wytłumaczyć tylko silną budową badanych, co stoi w związku z wykonywanym zawodem. Byłoby to zatem korrelacją, jaka zachodzi między konstytucją a stanem uzębienia. Przytaczając też zdanie Röse'go, że „im gorsze uzębienie, tym gorszą jest ogólna budowa człowieka", zamienia je na inne *„dobrej konstytucji cielesnej odpowiada także dobry stan zębów"*.

Również badania murzynów afrykańskich, odżywiających się pożywieniem kleistym, złożonym z węglowodanów, oraz Eskimosów, odżywiających się tylko pożywieniem mięsnym, jak również badania mieszkańców Tristan de Cunha, odżywiających się w pewnych okresach pożywieniem mieszanym, wykazały, że ludy te są wolne od próchnicy zębów.

Badania natomiast Drechslera nad ludnością, żywioną w czasie wojny pożywieniem ubogim w tłuszcze i wysoko wartościowe białka oraz witaminy, w wapń i fosfór, lecz o wielkiej przewadze węglowodanów, wykazały wprawdzie wzrost niedokształceń w szkliwie, jednak nie wykazały wzrostu próchnicy.

Türkheim więc, opierając się na badaniach Kaufmanna, Pfannera i własnych, przyjmuje za pewnik *nienormalną konstytucję jako czynnik usposabiającą do próchnicy. Nienormalna konstytucja czyli jak on ją nazywa złe zawiązki zęba uwarunkowana jest dziedzicznością.* Rozważając zaś wynik badań Hochsteina i Steinmanna, stara się wytłumaczyć je w ten sposób, że jaroszami są najczęściej osoby, posiadające wąską, długą czaszkę i szczęki słabo rozwinięte, przez to zęby ścieśnione i o licznych miejscach zatrzymywania pokarmów. Zęby więc jaroszów nie dlatego znajdują się w złym stanie, że jarosze odżywiają się owocami i jarzynami, lecz dlatego, że dzięki uwarunkowanym dziedzicznie złym zawiązkom zęba skłonni są do próchnicy niezależnie od odżywiania.

Podobnie człowiek nie dlatego zostaje rzeźnikiem, że ma dobre zęby, ale dlatego, że posiada dziedzicznie dobrą konstytucję i silną budowę; są to więc ludzie, należący do pykników o atletycznej budowie ciała, posiadający szerokie szczęki, nieścieśniony łuk zębowy z brakiem większej ilości miejsc zatrzymywania pokarmów. Również, według niego, przedstawia się wynik badań murzynów afrykańskich i ludów wyspy Tristan de Cuhna, z którego wynika, że ani pożywienie złożone wyłącznie z węglowodanów lub wyłącznie z tłuszczów i mięsa, względnie pożywienie mieszane nie daje skłonności do próchnicy, lecz posiadanie przez te ludy, żyjące w stanie pierwotnym, silnej dziedzicznie konstytucji. Fakt ten również potwierdzają, według niego, badania Drechslera, które wskazywałyby na to, że pomiędzy zaburzeniami w zwapnieniu szkliwa a próchnicą nie istnieje żaden związek, czyli hypoplazje nie są warunkiem zwiększonej skłonności do próchnicy. Türkheim przyjmuje za pewnik, że niedokładności w budowie tkanek zęba, podlegające na dziedziczeniu (jak to starał się wykazać Casorotto i Walkhoff w stosunku do szkliwa), są momentem nie bez zupełnego wpływu. Podobnie przyjmuje on wywody Ferriera, który proponuje przyjąć za próchnicę konstytucjonalną, obejmującą wszystkie zęby i za próchnicę wrodzoną, obejmującą tylko pewne grupy zębów. Czynniki te jednak nie są decydujące w etiologii próchnicy, lecz uwarunkowane dziedzicznie konstytucją człowieka.

Z powyższych badań widzimy, że próchnica występuje u ludów różnych ras i różnych sposobów odżywiania. Skłonność największą wykazują typy nordyczne i ich mieszańce, najmniejszą zaś ludy szerokolice typu laponoidalnego, alpejskiego i sublaponoidalnego. *Badania zaś antropologów stwierdzają fakt, że próchnica występuje u wszystkich składników rasowych od starszej epoki kamienia.*

Przeprowadzając dalszą analizę powyższych wywodów, widzimy, że spornym jest ciągle jeszcze wpływ dziedziczności na stan zdrowotności zębów. Jeżeli podaje się, że badania statystyczne wykazują z wielkim prawdopodobieństwem, iż zachowanie zdrowych zębów jak i ich schorzenia próchnicowe są przede wszystkim odznakami dziedziczności, zaś wpływy zewnętrzne mają dopiero znaczenie drugorzędne (Pfanner, Kaufmann, Türkheim), to nie należy z tym się zgodzić bezapelacyjnie i bez otrzymania na fakty te niezbitych dowodów. Znaczna większość badaczy stoi dzisiaj na stanowisku, że *próchnicy jako choroby nie dziedziczy się, natomiast dziedziczyć można konstytucjonalną skłonność podłoża do próchnicy.*

Sam Türkheim, obrońca zasady dziedziczności w powstawaniu próchnicy, w wywodach swoich miesza ciągle pojęcie konstytucji i dziedziczności, używając je jako równoznaczne. Wprawdzie, nie należy lekceważyć momentu dziedziczenia, lecz dzisiejsze nasze wiadomości w odniesieniu do próchnicy są jeszcze bardzo nikłe. Objawy takie, jak częste występowanie próchnicy u młodzieży, wzrost procesów próchnicowych w okresie pokwitania, ciąży, podczas karmienia oraz w czasie zaburzeń ogólnych różnego rodzaju, nie można również wyjaśnić teorią dziedziczności, jak zaobserwowane nadmierne występowanie lub cofanie się próchnicy, albo jak specjalne zaatakowanie przez próchnicę raz tej, raz znowu innej płci. Teoria dziedziczności nie mogła także wyjaśnić, dlaczego schorzenie to jednych ludzi nie atakuje, a innych znowu w nadmiernych rozmiarach.

Podnieść należy, że dzisiejsza nauka o dziedziczności nie uznaje możliwości dziedziczenia cech nabytych. Natomiast nie mamy niezbitych dowodów, do jakich cech należałoby zaliczyć próchnicę. Gdyby zaś nawet istniała możliwość dziedziczenia cech nabytych, to trzeba byłoby na to tak wielkich okresów czasu, że trudno myśleć o tym, by nasze zabiegi lecznicze wywrzeć mogły jakiś wpływ dziedziczny na kształtowanie się zębów u potomstwa.

Co się tyczy właściwości osoby, które różnią się od jej właściwości rasowych, to rozróżniamy dwa ich rodzaje — *modyfikację i mutację.* Jako mutację uważamy właściwości, które mogą być dziedziczone, gdy modyfikacje giną już w następnym pokoleniu. Tak np. występowanie po 6 palców u kończyn, które może występować przez szereg generacji, uważamy za mutację, różnicę zaś w ogólnej np. długości ciała uważamy za modyfikację.

Tak samo autorzy, zajmujący się sprawą dziedziczności próchnicy, nie dali nam dotychczas dowodu, czy występującą próchnicę lub jej brak w grupach ludzi różnych ras, jakie w wynikach badań nad nimi podali, uważać należy za modyfikację, czy też za mutację.

Natomiast wiemy dobrze, że:

1) próchnica zaczyna się zawsze w obrębie szkliwa,
2) próchnica występuje silniej w pewnych okresach życia organizmu, — co nazywamy czasową skłonnością do próchnicy (dispositio),
3) nie wszystkie organizmy są próchnicą równomiernie dotknięte, — a zatem obserwujemy pewną odporność względnie skłonność indywidualną,
4) nie wszystkie zęby są równomiernie objęte próchnicą, można więc tak w schorzeniu poszczególnych grup zębów, jak i w stosunkowym udziale zębów górnej i dolnej szczęki ustalić pewne prawidła, które wskazywałyby na pewną odporność względną,
5) schorzenie próchnicowe bierze początek w miejscu zatrzymywania pokarmów, — jednak zjawisko to nie jest odwracalne, t. zn. nie każde miejsce retencyjne musi rozwijać próchnicę,
6) skład szkliwa jest konstytucjonalnie uwarunkowany, na którą to konstytucjonalność ma się częściowo możność pewnego wpływu.

Ogólnie przyjęto, że skłonność (dispositio) człowieka do określonego schorzenia jest wielkością zmienną, którą określa stosunek, jaki zachodzi pomiędzy konstytucją a pewnym rodzajem zakażenia. Konstytucja, według Martiusa, jest synonimem normalnej skłonności do pewnej choroby, a określa organizm, który poza schorzeniami właściwymi temu gatunkowi, nie posiada żadnych innych skłonności do schorzeń.

Strümpell starał się pojęcie choroby przedstawić nawet w formie matematycznej. Według niego, schorzenie (K) jest wprost proporcjonalne do istotnych uszkodzeń (Sw) i uszkodzeń towarzyszących (Sb), a odwrotnie proporcjonalne do wrodzonej odporności (Wa) i nabytej odporności (We), której zresztą może brakować. A zatem $K = \frac{Sw + Sb}{Wa \pm We}$

Stosując formułę tę do schorzeń próchnicowych, moglibyśmy, według Türkheima, uważać za istotne uszkodzenia — węglowodany, bakterie i fermenty śliny; do uszkodzeń zaś towarzyszących zaliczać te momenty, które powodują powstawanie i przyśpieszenie procesu próchnicowego. Byłoby nimi miejsca zatrzymywania (retencyjne) normalne, lub anatomo-patologiczne, względnie wywołane nieodpowiednimi zabiegami lekarskimi. Zaliczyć też należy skład histologiczno-chemiczny szkliwa i jego powierzchni, zwiększone usposobienie do próchnicy wskutek wykonywania niektórych zawodów, schorzenia ogólne, albo fizjologiczne zmiany organiczne, jak pokwitanie i ciąża, najbliższe otoczenie zęba i świat zewnętrzny, klimat,

dziedziczność, odżywianie, stanowisko społeczne.

Najbliższe otoczenie i świat zewnętrzny, jak wynika z badań licznych autorów, działać może usposabiająco, lub uodporniająco. Dlatego też zależnie od sposobu działania może być ono zaliczone do uszkodzeń towarzyszących, albo do wrodzonej odporności.

Do odporności wrodzonej należy w najszerszym znaczeniu normalna konstytucja szkliwa, czyli anatomiczno-histologiczno-chemiczno-fizyczne właściwości, budowa szczęk, brak miejsc retencyjnych i nieprawidłowości w ustawieniu zębów. Do nabytej odporności należeć będzie odpowiednia troska o uzębienie (czyszczenie zębów, odżywianie).

Że moment konstytucyjny ma istotne znaczenie dla próchnicy, wynika choćby z codziennej obserwacji. Zdrowe uzębienie pozwala nam często stwierdzić zdrowie i silną konstytucję u jego posiadacza, odwrotnie, zdrowy, silny osobnik posiada w przeważnej ilości przypadków zdrowe uzębienie.

Konstytucja też musi mieć jakiś wyraz w zachowaniu się zębów. W odniesieniu zaś do tegoż, albo do jakości zębów w budowie, rozróżniamy dwa okresy, ściśle od siebie oddzielone. Są to okres zawiązywania się zębów i okres ukończenia ich budowy.

Podczas tworzenia się zębów nie tylko biorą one udział w ogólnej konstytucji organizmu, ale zachowują jej wpływ na całe życie. Gdy inne tkanki przezwyciężają wpływy szkodliwe, jakim ulegały podczas jakiejś choroby organizmu, (tkanki te ulegają regeneracji stałej), tkanka zęba zachowuje na zawsze wpływy szkodliwe organizmu w swoim kształcie i jakości budowy.

Zęby mleczne, których okres zawiązywania się i tworzenia przypada w całości na czas życia płodowego, nie podlegają prawie stale wpływom świata zewnętrznego. Pomijając choroby zakaźne, które przechodzą z organizmu matki na rozwijający się płód, dziecko rodzi się zdrowe. Matki, nawet ciężko chore, mogą rodzić dzieci zdrowe. Również niedożywianie matki nie ma wpływu na rozwijajcący się płód, ponieważ ten broni swych praw na niekorzyść organizmu matki. Dlatego też zęby mleczne wykazują bardziej normalną i równomierną budowę jak zęby stałe. Tylko najbardziej zewnętrzne warstwy zębów mlecznych tworzą się w pierwszych miesiącach życia pozapłodowego, a tym samym biorą one udział w ogólnym stanie zdrowia dziecka. Ponieważ warstwy te mają najważniejsze znaczenie w powstawaniu próchnicy, przeto spostrzegamy często tak wielkie różnice w częstości i przebiegu próchnicy u różnych dzieci.

Z chorób, które mają największy wpływ w tym okresie tworzenia się zębów, są krzywica i zaburzenia przewodu pokarmowego. Schorzenia te jednak występują najczęściej u biedniejszych warstw społecznych, z czego wynika też społeczny charakter próchnicy, który z chwilą, gdy przyłącza

się do niego jeszcze inne czynniki społeczne, występuje nieraz wybitniej i z większym nasileniem już we wczesnej młodości.

Zęby stałe w zachowaniu swoim mogą być jeszcze bardziej odzwierciadleniem konstytucjonalnej budowy dziecka, ponieważ, pomijając ząb mądrości, okres ich zawiązywania się i tworzenia przypada na czas od 6-go miesiąca życia płodowego, do 6-go roku życia.

Najważniejszym dla losów dziecka jest jego odżywianie. Stąd właśnie czynnik odżywiania wybija się na pierwszy plan w etiologii powstawania próchnicy i ma coraz większe znaczenie w jakości konstytucjonalnej zębów, jak to wykazują coraz nowsze i obszerniejsze badania i doświadczenia.

Jak z powyższych wywodów wynika, na etiologię próchnicy składa się cały szereg czynników. Z czynników tych teoria, polegająca na badaniu stanów równowagi pomiędzy śliną a szkliwem (Gottlieb, Weinmann) zdobywa sobie coraz większe prawa. Coraz silniej występuje czynnik odżywiania na pierwszy plan, jak to wynika z najnowszych badań autorów amerykańskich i angielskich.

PIŚMIENNICTWO.

1. SIEBECK. Konstitution und Krankheitsverlauf. Münch. Med. Wschrft. 1932. Nr. 79.
2. MARTIUS. Konstitution und Vererbung. Berlin 1914.
3. BLOTEVOGEL. Der vitale Farbtransport während der Zahnbildung. Vjschrft f. Zahnheilkunde 1924. Nr. 40.
4. TÜRKHEIM. Karies. Kantorowicz — Handwärterbuch.
5. TÜRKHEIM. Uber symetrische Anomalien im Zahnsystem. Dtsch. Mschrft. f. Zahnhlknde 1927. Nr. 45.
6. TÜRKHEIM. Das Kariesproblem unter Berücksichtigung der Ernährung. Zahnärztl. Rsch. 1933. H. 2.
7. PFANNER. Statistische Untersuchungen über d. Vererbung von Zahnkaries. Arch. d. Julius — Klaus — Stiftung f. Vererbungsforschung 1930. Nr. 5.
8. KAUFMANN. Ueber symetrische Anomalien im Zahnsystem mit besonderer Berücksichtigung symetrischer Caries an atypischen Stellen. Dtsch. Zahnärztl. Wschft. 1930. Nr. 33. 1930.
9. HYATT. Statistische Studien der Cariesanfälligkeit. Ref. Zahnärztl. Wschft.
10. HOCHSTEIN. Zahnbefunde bei Wegetariern u. Rohköstlern mit Berücksichtigung der Körperkonstitution. Diss. Hamburg 1932.
11. STEMMANN. Zahnbefunde bei Schlachtern mit Berücksichtigung der Körperkonstitution. Diss. Hamburg. 1931.
12. DRECHSLER. Ueber die Häufigkeit sogenannter rachitischer Zähne in Mecklenburg. Diss. Hamburg. 1931.
13. WALKHOFF. Biologische Studien über das Wesen der Zahnkaries. Dtsch. Zahhlknda. Nr. 42.
14. WEINMANN. Uber den heftigen Stand der Kariesforschung. Wien. Klin. Wschft. 1936. Nr. 31/32.

DZIAŁ STRESZCZEŃ

Dr. Wisotzky, stomatolog. **Stosowanie hormonów w paradentozie.** Der. Prakt. Zahnarzt Nr. 3 r. 1937.

Autor dzieli pacjentów z zaburzeniami w wydzielaniu wewnętrznym na 2 kategorie:

1) Pacjenci ze wszystkimi znanymi schorzeniami endokrynalnymi z wyjątkiem cukrzycy.

2) Pacjenci chorzy tylko na cukrzycę.

Ad 1) Leczenie hormonalne nie wywiera na powyższych pacjentów prawie żadnego działania. Autor stwierdził tylko 2 przypadki znacznej poprawy na 48 obserwowanych, przy czym poprawa ta w stopniu o wiele większym zależna była od ogólnej poprawy stanu pacjenta.

Jest rzeczą wiadomą, że w niektórych krajach odnoszono się z wielkim zapałem do leczenia paradentozy hormonami gl. thyroidea, parathyroidea i gruczołów płciowych. Wkrótce jednak nastąpiło rozczarowanie. Sprawozdania Leningradzkiego Instytutu Stomatologicznego nie jest obiecujące: z 17 pacjentów, leczonych hormonami, 7 poddało się gingivectomii.

Ad 2) Z 85 przypadków diabetes mellitus każdy pacjent był dotknięty paradentozą. U 18 z nich wystąpiła po zwykłym stosowaniu insuliny niewątpliwa poprawa. W 2 przyp. doszło prawie do całkowitego wyleczenia, dziąsło przybrało normalny wygląd, kieszonki zniknęły. U każdego z 85 pac. polepszenie czy pogorszenie stanu przyzębia zależne było od stopnia procentowości cukru we krwi i w moczu.

Diabetycy, u których ogólne leczenie insulinowe ne wywarło żadnego wpływu, poddani byli przez autora metodzie zwanej metodą „bezpośredniego działania", a polegającą na wstrzykiwaniu insuliny dodziąsłowo. Wyniki były zdumiewające. Wielokrotnie stan tkanek okołozębowych poprawił się do tego stopnia, że przybierały one prawie normalne czerwone zabarwienie, obrzęk i kieszonki znikały, jakby przysychając. Na drugi lub trzeci dzień można było oczekiwać, że pacjent zgłosi się i wyrazi zadowolenie, że jest mu lepiej, bóle ustały.

Do pierwszego zastrzyku wystarczy od 2 do 3 kropel, jednak u diabetyków, przyzwyczajonych do dużych dawek insuliny, wywołuje czasem i ta szczupła ilość, wstrzyknięta do dziąsła, uczucie zawrotu głowy. Jeśli pierwszy zabieg nie wywołał powyższych objawów, nazajutrz powiększamy dozę. Ogólnie biorąc, wystarczy dawka od 5—6 jednostek, której nie należy przekraczać, chociaż nie jest to niebezpieczne. W przypadkach zawrotów głowy należy pacjentowi podawać czekoladę lub cukier, lepiej zatrzymać go około 30 minut, ponieważ w tym czasie zaburzenia mogą wystąpić.

Przez pierwsze 5—6 dni iniekcje dokonywane są codziennie. Jeśli poprawa była uderzająca, a ogólny stan chorego przez to nie cierpi, można stosować zastrzyki jeszcze przez 10 dni co 2-gi dzień. Zwykle to wystarczy.

Przypadki te rokują nadzieję, ale nie należy przy paradentozie u diabetyków oczekiwać 100% wyleczenia. Poprawa nastąpi zawsze, ale kieszonki pozostaną.

Według spostrzeżeń autora, wielu chorych na paradentozę posiada cukrzycę w potencjalnej formie. Wychodzi to wtedy na jaw, gdy nie stwierdza się glykosurii, ale występuje objaw bardzo dla nas wyraźny, a mianowicie: wśród innych objawów, na jakie uskarżają się chorzy na paradentozę, występuje palenie śluzówki jamy ustnej, szczególnie podniebienia. Jest to zły znak, wtórujący innym objawom, jak np. zmniejszone wydzielanie śliny (suchość w ustach). Należy zwrócić na to uwagę i skierować podejrzenia w kierunku cukrzycy. Pacjent, noszący protezę z przyssawką, uskarżał się, że krążek gumowy przyssawki pęcznieje i powiększa się. Spowodowała to ślina chorego.

Dalej: tacy chorzy, którzy już dawno stracili zęby, mają w granicach wyrostka zębodołowego małe wypukłości, które są raz większe raz mniejsze i przyczyniają wiele bólu. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje obraz podobny do osteosclerosis. U chorych takich zauważyć można typowy słodkawy zapach wtedy, gdy jeszcze diagnoza cukrzycy nie została ustalona.

Szczególnie ujemny wpływ na paradentozę posiada występowanie u diabetyków acetonu.

Citron posuwa się jeszcze dalej, twierdząc, że w rodzinie, w której znajdują się chorzy na paradentozę, zawsze można stwierdzić cukrzycę i paradentoza jest często pierwszym objawem cukrzycy.

Z tego widać, że lekarz-dentysta musi rozpoznać pierwsze objawy choroby układu wewnętrznego wydzielania, choroby, która pojawia się przede wszystkim w jamie ustnej.

Nawet w przypadkach, w których przyczyny lokalne paradentozy są wyraźne, trzeba dobrze się zastanowić, czy do zjawienia się tych przyczyn nie usposobiły czynniki wewnętrzne.

Ustala się przekonanie, że przyczyna paradentozy leży w schorzeniu gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu, a zwłaszcza należących do grupy insulinowej. Stanowisko to zwłaszcza zajmuje prof. Beloussoff. Do grupy insulinowej należą także gruczoły j. ustnej.

Badania Schmidta, Seeliga i Manstelda wykazały, że glandula parotis jest też gruczołem o wewnętrznym wydzielaniu, należącym do grupy insulinowej.

Dowodem związku anatomicznego paradentium z gruczołem grupy insulinowej jest znalezienie insuliny w gl. submaxillaris. Mamy tu zara-

zem wytłumaczenie skutecznego działania injekcji dodziąsłowej insuliny w przypadkach nienormalnej funkcji tych gruczołów. Zastrzyki te dają dodatnie wyniki nie tylko w przypadkach prawdziwej cukrzycy, ale pomagają w ropocieku przy schorzeniach gruczołów płciowych, szczególnie w okresie pokwitania i ciąży.

W innych schorzeniach endokrinalnych działanie jest słabsze. Po wieloletnich doświadczeniach w tym kierunku, autorowi udało się zestawić preparat, dający lepsze rezultaty, niż zabieg chirurgiczny. Preparat ten p. n. „pyorrhin" składa się z proszku i płynu, który miesza się do konsystencji nieco gęstszej, niż cement do osadzania koron. Zęby dobrze oczyszczone obkłada się wałkami waty i pincetą oraz kulkami waty wciska się tę masę do kieszonek zębowych. W ciągu 2-ch minut „pyorrhin" twardnieje i może pozostać od 2 — 3 dni w ustach, chociaż lepiej zmieniać go codzień. Powoduje on przyjemne uczucie, przykry zapach znika, chwiejące się zęby zostają umocowane jakby w szynach. Gdy kieszonki mają więcej, niż 2—3 mm. głębokości, należy dokonać wzdłuż zęba incizji w kształcie litery „V" i obłożyć „pyorrhinem" tak, aby masa wypełniała przestrzenie międzyzębowe. Następnego dnia kieszonki są mniejsze i po kilku dniach mogą być prawie bezkrwawo usunięte, co w przypadkach hemogenii, hemofilii i t.d. jest szczególnie ważne. Nawroty przy stosowaniu „pyorrhinu" są rzadsze, niż po gingivectomii. Używanie tego preparatu po zabiegu chirurgicznym przyśpiesza gojenie się i czyni recydywę zjawiskiem mniej częstym. Zawarte w preparacie substancje organiczne wywierają szczególnie gojące działanie na tkanki. Szczegóły o „pyorrhinie" mają być w krótkim czasie ogłoszone (skład preparatu nie podany).

St. Zaks.
Lek. dent.

Dr. Dzięciołowski, Warszawa. **Zapalenie zgorzelinowe jamy ustnej w durze brzusznym.** Z Oddziału wewn. dra Osińskiego w Szpitalu Ś-go Stanisława w Warszawie.

U chłopca M. K., lat 6 w 28 dniu duru brzusznego stwierdzono obrzmienie policzka lewego, obrzmienie gruczołów podszczękowych, ogniska martwicze, obejmujące dziąsło, oraz rozchwianie trzech ostatnich dolnych lewych trzonowców. Ognisko było barwy brunatno-zielonkawej, rozpływające się, o brzegach strzępiastych. Usunięto 3 zęby i zastosowano płukanie 1% roztworem wodnym salwarsanu. Zmartwiałe tkanki oddzieliły się, szczęka została obnażona, a zapalenie zgorzelinowe posuwało się w głąb policzka. 37-go dnia powstał otwór drążący do jamy ustnej. 42-go dnia wydzielił się martwak z żuchwy długości $2^1/_2$ cm. z niewyrżniętym trzonowcem stałym. Od 34-go dnia chory przestał gorączkować (poprzednio

ciepłota nie przekraczała 38°C), łaknienie powróciło, ognisko oczyściło się zupełnie.

Początek sprawy na śluzówce dziąsła i policzka, zniszczenie wszystkich warstw policzka i części żuchwy dowodzą, że mamy tu do czynienia z zapaleniem zgorzelinowym jamy ustnej, tak zwanym *rakiem wodnym* (noma vel cancer aquaticus). Cierpienie to w opisanym przypadku zakończyło się pomyślnie; daje ono wogóle 70% śmiertelności.

Dr. Landes-Leinerowa. **Terapia krótkofalowa i jej zastosowanie w stomatologii.** Ref. wygł. na VIII Z. Stomat. we Lwowie, r. 1937.

Terapia krótkofalowa polega na stosowaniu prądów o bardzo wysokiej częstotliwości.

Charakterystyką jej jest prócz działania czysto cieplnego, także działanie biologiczne, którego istota jest dzisiaj niejednolicie tłumaczona.

Bezsporną natomiast kwestią jest wielka różnica, zachodząca między tą metodą a leczeniem prądami diatermicznymi także pod względem fizjologicznym.

W pierwszym rzędzie daje się zaobserwować przy stosowaniu terapii krótkofalowej prędkie działanie znieczulające, sięgające w głąb, a utrzymujące się nieraz przez kilka godzin.

Następnie stwierdza się także wzmożenie fagocytozy, a ponadto działanie bakteriobójcze, wywołujące cofnięcie się albo przyśpieszenie procesu zapalnego.

Z tego też powodu głównym polem stosowania tej metody stanowią ostre sprawy zapalne.

Stosowanie tej metody w stomatologii należy uważać jako leczenie pomocnicze, przede wszystkim w sprawach zapalnych. Objawy ostre w postaci obrzęków, zaczerwienienia, bólów i podwyższenia ciepłoty ustępują prędko.

Wskazaniem do terapii krótkofalowej są również ropienia jam obocznych nosa i neuralgie. Ilość posiedzeń stosowanych w poszczególnych wypadkach zależna jest od rodzaju i stanu schorzenia.

Dr. Frustka. **W sprawie cementów dentystycznych z punktu widzenia własności chemicznych i fizycznych.** D. Prakt. Zahnarzt, nr. 7—8 r. 1937.

Autor poddał dużą liczbę bardziej używanych cementów dentystycznych dokładnej analizie chemicznej. Podkreśla, że podział cementów na fosfatowe, krzemowe i krzemowo-fosfatowe nie odpowiada rzeczywistości, ponieważ we wszystkich cementach wchodzi w związek chemiczny z proszkiem kwas fosforowy, a właściwie ortofosforowy. Dlatego też właściwszy byłby podział na *cementy fosfatowe i krzemowo-fosfatowe.* Do pierwszej

grupy należą cementy nieprzezroczyste (Harvard, S.S. White-oxyphosphate, Bird Moyer, Adhesor i inne), których ciężar właściwy waha się w granicach 2,6—3,8. Zawierają one w dużej ilości tlenek cynku. Jako wzór składu takiego cementu, służyć może następujący przykład:

ZnO	81,00%	CaO	3,02%
MgO	5,90%	Al_2O_3	3,08%
SiO_2	3,80%	Bi_2O_3	3,20%

W cementach krzemowo-fosfatowych, których reprezentami będą „Solila", „Petralit", „Dralla Steinzement", „Insoluble" i inne, zawartość tlenku cynku sięga poniżej 25%, zawarty w nich dwutlenek krzemu jest chemicznie związany z glinem, cynkiem, wapniemi magnezem. Np.:

SiO_2	22,49%	CaO	10,85%
Al_2O_3	30,60%	MgO	9,15%
ZnO	20,80%	alkalia	3,31%
P_2O_5	20,80%		

Ciężar właściwy tego cementu wynosi ca 1,55.

Wykazuje on dużą przezroczystość i jest mocniejszy od czystego cementu fosfatowego.

Trzecia grupa cementów zostaje określona pg. zawartości tlenku cynku, dochodzącej do 5 — 6%. Tutaj należy wymienić „Salvex" (De Trey) i „Be De Ce Special". Ciężar właściwy 1,1—1,2. Wysoka przezroczystość.

SiO_2	31,67%	CaO	11,20%
AlO_3	29,40%	P_2O_5	2,25%
ZnO	5,81%	alkalia	15,10%

Do czwartej grupy należą t.zw. *czyste cementy krzemowe,* które są zupełnie wolne od tlenku cynku. Cechy: wysoka zawartość glinu i kwasów oraz zlienna ilość wapna (De Trey Syntrex, SS. White Porcelain i i.). Przezroczystość doskonała. Przykład:

SiO_2	37,57%	MgO	0,04%
Al_2O_3	45,25%	K_2O	0,20%
Fe_2O_3	0,15%	Na_2O	8,50%
CaO	3,44%	P_2O_5	3,18%

St. Zaks
Lek. dent.

ODGŁOSY

SPRAWA NIEDOZWOLONEJ SPRZEDAŻY LEKÓW A SPECYFIKI DENTYSTYCZNE.

I

Okólnik Wojewody Krakowskiego:

P. Wojewoda Małaszyński przesłał do wszystkich starostw i Zarządu Miejskiego w Krakowie następujący okólnik z datą 1 marca 1938 r. L. Z. V. 8/9/38:

Niejednokrotnie powiatowe organa sanitarne stwierdziły, że na terenie niektórych powiatów są reklamowane, rozpowszechniane i sprzedawane, bądź *roznoszone przez różnych nieuchwytnych agentów* środki lecznicze, specyfiki nierejestrowane oraz środki higieniczno-kosmetyczne, do których zazwyczaj są dołączone druki reklamowe ze zbyt szumnymi i przesadnymi wskazaniami leczniczymi.

Jak dochodzenia wykazały, środki te są przeważnie wyrabiane przez różne anonimowe względnie pokątne laboratoria i wytwórnie pod różnymi dowolnymi nazwami, następnie rozpowszechniane przez agentów i komiwojażerów przeważnie sposobem domokrążnym. Sprzedawcy reklamują i polecają te środki jako niezastąpione i uniwarsalne leki przeciw różnym chorobom. Na skutek tego rodzaju reklamy ludność, będąc wprowadzona w błąd, chętnie nabywa te preparaty w przekonaniu, że posiadają one duże właściwości lecznicze, są uniwersalnymi środkami leczniczymi przeciwko różnym cierpieniom. Wytwórnie, wysyłając swych agentów i komiwojażerów, dokładnie ich informują, że jawna sprzedaż domokrążna artykułów leczniczych jest wzbroniona i w wypadku przytrzymania przez odnośne władze należy oświadczyć, że się jest przedstawicielem danej firmy i że leków nie sprzedaje, lecz zbiera tylko zamówienia. Posiadany towar służy jako wzory i próby, stanowiące własność firmy.

Wobec powyższego wyjaśniam co następuje:

W myśl § 10 Rozporządzenia Min. Spraw Wewnętrznych z dnia 30 czerwca 1926 r. (Dz. U. R. P. nr. 70, poz. 406) specyfiki farmaceutyczne, objęte urzędowymi wykazami Ministerstwa Opieki Społecznej z dnia 30.VI.1937 r. nr. 25, mogą być wydawane bezpośrednio spożywcom wyłącznie z aptek. W drogeriach (składach materiałów aptecznych) mogą być przechowywane i detalicznie sprzedawane specyfiki farmaceutyczne, mające obok własności leczniczych przeważnie zastosowanie jako środki dietetyczne, odżywcze i kosmetyczne, a wydrukowane kursywą w wyżej wy-

mienionych wykazach, dozwolonych do obrotu w kraju specyfików farmaceutycznych.

Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 26.V.1937 r., Monitor Polski z dnia 18.VI.1938 r. nr. 222 i z dnia 25.XI.1937 r. nr. 295, poz. 454.

Na zasadzie również Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 17.IX.1883 r. Dz. U. R. P. nr. 152 i z dnia 17.VI.1886 r. Dz. U. R. P. nr. 97 *zabrania się poza aptekami sprzedaży bezpośrednio konsumentom specyfików farmaceutycznych, służących wyłącznie do celów leczniczych.*

Domokrążna sprzedaż środków leczniczych w ogóle jest niedozwolona i na podstawie art. 47 Rozp. Prezydenta z dnia 7.VI.1927 r. Dz. U. R. P. nr. 53, poz. 46 468 pod żadnym pozorem nie może być tolerowana.

Na wszelkie ogłoszenia, druki, broszury, ulotki, listy dziękczynne i inne komunikaty lub reklamy, dotyczące lecznictwa oraz środków i metod leczniczych, podawanych do publicznej wiadomości, o ile to dotyczy specyfików rejestrowanych, należy uprzednio uzyskać zezwolenia z Województwa (§ 5 ust.).

Rozporządzenie Ministerstwa Opieki Społecznej z dnia 30.I.1934 r. (Dz. U. R. P. nr. II. poz. 66.

Ogłaszanie:

a) środków leczniczych niedozwolonych do obrotu w kraju,
b) środków leczniczych, dozwolonych do obrotu w formie, zawierającej informacje lecznicze, mogące wprowadzić w błąd publiczność,
c) środków kosmetycznych, odżywczych i przedmiotów użytku w formie, zawierającej wskazania lecznicze

art. 11 cytowanego Rozporządzenia jest zabronione pod rygorem przewidzianego art. 25 Rozp. Prez. R. P. z dnia 25.IX.1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz. U. R. P. nr. 81, poz. 712).

W wypadku zatem stwierdzenia powyższych przekroczeń, t.j. domokrążnej sprzedaży leków, reklamowania ich w sposób niedozwolony, przepisywania i polecania kosmetyków i leków, należy środki te wraz z broszurami i drukami reklamowymi zająć, spisać odnośny protokół, uwzględniając ilość, nazwę leków, firmę i winnych pociągnąć do odpowiedzialności administracyjno-karnej za przekroczenie art. 27 i 33 Prawa o wykroczeniach oraz art. 25 Rozporządzenia wyżej cytowanego (pod literą „C").

W toku dochodzeń należy ustalić wytwórnię oraz dostawcę ulotek i innych druków reklamowych, przy czym winnych również pociągnąć do odpowiedzialności administracyjno-karnej. Środki lecznicze, druki, broszury po myśli art. 25 Rozp. Prezydenta R. P. z dnia 25.IX.1932 r. (Dz. U. R. P. nr. 81, poz. 712) podlegają konfiskacie. W razie, gdyby odnośne władze powiatowe, organa sanitarne, władze bezpieczeństwa miały pewne wątpliwości przy kwestionowaniu wyżej wymienionych środków leczni-

czych względnie kosmetycznych, polecanych jako leków, wówczas należy zwrócić się do miejscowego aptekarza, jako rzeczoznawcy.

Odpis protokółu oraz po 1 egz. druków i leków należy przesłać do Urzędu Wojewódzkiego do wiadomości.

II

Rozporządzenie Wojewody Warszawskiego z dnia 16 marca 1938 r. Nr. Z. I/0/3, Warsz. Dziennik Wojewódzki dla Woj. Warszawskiego nr. 5 z 2 kwietnia 1938 roku poz. 56.

Na podstawie art. 108 pkt. b. Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 19 stycznia 1928 r. o organizacji i zakresie działania władz administracji ogólnej (Dz. U. R. P. nr. 11, poz. 86) i art. 1 Rozporządzenia b. Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 20 stycznia 1921 r. w przedmiocie kontroli nad produkcją i sprzedażą środków leczniczych i opatrunkowych, wód mineralnych *i trucizn* oraz nad produkcją kosmetyków (Dz. U. R. P. nr. 10, poz. 63) oraz w związku z postanowieniem §§ 6 i 10 Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 30 czerwca 1926 r. o wyborze i obrocie specyfików farmaceutycznych (Dz. U. R. P. nr. 70, poz. 406), zarządzam co następuje:

§ 1. W detalicznych składach materiałów aptecznych i farb (drogeriach) mogą być przechowywane tylko te specyfiki farmaceutyczne, które w ogłaszanym w „Monitorze Polskim“ wykazie dozwolonych do obrotu specyfików farmaceutycznych są wydrukowane kursywą.

§ 2. W innych zakładach handlowych jest wzbronione przechowywanie wszelkich środków leczniczych.

§ 3. Przekroczenia tego Rozporządzenia, o ile dotyczy artykułów trujących (krzyżykowych), podlegają karze przewidzianej art. 50 Prawa o wykroczeniach, o ile zaś obejmują specyfiki farmaceutyczne i inne środki lecznicze nietrujące (bez krzyżyków), podlegają karze, przewidzianej w art. 8 przepisów wprowadzających (Kodeks Karny i Prawo o wykroczeniach).

§ 4. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia w Warszawskim Dzienniku Wojewódzkim dla obszaru Województwa Warszawskiego.

Należy zwrócić uwagę na różne specyfiki dla celów zębolecznic̣zych i stomatologicznych, rozpowszechniane u nas w coraz potężniejszej ilości przez różne fabryczki, laboratoria — jawne lub ukryte pod różnymi nazwami; wyrabiane są różnego rodzaju preparaty w postaci specyfików do wszelkiego rodzaju dolegliwości zębów i jamy ustnej, niekiedy nawet kilka

i kilkanaście do jednej i tej samej choroby pod różnymi tylko terminami. Rzecz prosta, w grę tu wchodzą też preparaty, zawierające arszenik i różne jego odmiany, zarówno anestetyki w połączeniu z preparatami nadnerczy (adrenalina, suprarenina, epinefrina i t.d.). Szereg innych środków heroicznych nie jest też wyeliminowany z różnorodnych wykazów wytwórców. Mamy np. takie preparaty: pulpol, pulpolin, pulpinal, dewitalin, alwolin, tymolin, tymosol, krezolform, mumificin, tranquillin, chamomilin, kamillosan, antidol, antidolor, pulpacyt, dentiform, triformin, neogedal, nexyl, odersol, anesthogel, pyotersin, trioform, morpa, antiputrid, antigangrän, alvogyl, rümnol, devidont, dentosil, causticin, pulpathrol, ewtermin, gingiparen, devidont, thyronin, kavosan, necronerv, doramad, labadol i inne. Niektóre nazwy wskazują jakoby na specyficzne własności, przypominające niczym swoiste surowice resp. szczepionki. Można by stworzyć gruby tom z nazw rozpowszechnianych ulotek, pochłaniających wiele wydatków, obciążających specyfiki. Wbrew przepisom prawnym, specyfiki te przeważnie nie podają ścisłego swego składu. Naiwni wierzą ulotkom, nabywają je; często też, jak nam wiadomo, całkiem nie orientują się co do istotnej wartości źródła. Fabryczki zwykle konkurują między sobą nazwami i cenami.

Wyrabiane specyfiki dostępne są dla każdego, t.j. dla nie-lekarzy (różnych partaczy), również dla wędrownych agentów.

Coraz częściej powstające fabryczki preparatów dentystycznych idą za przykładem niektórych krajów, produkujących je masowo na eksport; przedostają się też one do nas, pomimo, jak widać z powyższego, że mamy pod tym względem ustalone prawo.

Wiadomo, iż przepisy różnych dla naszych celów preparatów są dobrze znane, przynajmniej winni je znać praktycy, o ile interesują się tą dziedziną lecznictwa. A wiadomo wszak, iż przebieg i wynik leczenia często ma ścisły związek z wartością środka.

Wybitny działacz na terenie lekarskim, rektor Akademii Stomatologicznej, prof. na Wydziale Lekarskim U. J. P. w Warszawie, kierownik Zakładu Farmakologii Eksperymentalnej tegoż Uniwersytetu, prezes Polskiego Komitetu Zielarskiego, prof. dr. Modrakowski w dyskusji zainicjowanej na temat zagadnień aptekarskich przez redakcję „Czasu" (5.XII 1937 r.), ujętej w formie wywiadu, przytoczył szereg cennych myśli i poglądów, m.i. na ważną *sprawę ścisłego związku medycyny i farmacji,* zatrzymując się nad jakością leku, który ma się dostać do rąk chorego. Zdaniem prof. Modrakowskiego, sprawa takiego czy innego działania leku jest w ścisłej zależności od umiejętnego z nim obchodzenia się, przy czym pod wpływem takich czynników, jak np. światło, niewłaściwa temperatura lub minimalna bodaj nieszczelność naczynia, w którym lek jest przechowywany, zmienić może doskonały środek leczniczy na zupełnie bezwarto-

ściowy, a nawet szkodliwy dla zdrowia. W ogóle, należy stać na stanowisku, że *lek nawet pozornie najprostszy winien znajdować się pod opieką fachowca-specjalisty o odpowiednim przygotowaniu naukowym*, powierzony natomiast dyletanckim dłoniom laika, spowodować może nieobliczalne szkody dla zdrowia publicznego. Żadne względy poza względami lekarskimi i troską o zdrowie publiczne nie mogą tu być brane pod uwagę. Wszelkie odstępstwa od tej zasady łatwo spowodować mogą stan niebezpieczny, będący równią pochyłą, po której już trudno się zatrzymać, i wiodącą do takiego stanu rzeczy, jaki prof. Modrakowski miał możność zaobserwować podczas swego pobytu w Ameryce, gdzie odstępstwa, czynione od kardynalnych zasad, wykoślawiły i spaczyły racjonalny charakter apteki do tego stopnia, że uczyniono z podstawowego czynnika zdrowia publicznego coś na kształt kramu lub domu towarowego, gdzie poza lekami nabyć można gamę przedmiotów tak różnorodnych, jak cygara, zabawki dziecinne, lody śmietankowe i t.d.

Słowa powyższe prof. Modrakowskiego, powagi naukowej, są chyba aż nadto przekonywające. Tworzenie fabryczek, laboratoriów i t.p. w warunkach odrębnych pod kierownictwem sił niefachowych (o nader rzadkich wyjątkach nie mówimy), lub też przez siły fachowe tylko pro forma dla zaspokojenia wymagań prawnych, nie może być uważane za zjawisko racjonalne.

Zębolecznictwo bynajmniej nie stanowi jakiegoś specyficznego działu medycyny, który **wyjątkowo** musi się posiłkować specyfikami, wymagającymi specjalnie zawikłanej fabrykacji, jak np. nadzwyczajnych urządzeń wielkich maszyn, hodowli królików a nawet koni lub całych stajen tych, eksperymentów i spostrzeżeń klinicznych w szpitalach. Wiele nam daje wielki przemysł chemiczno-farmaceutyczny oraz ogólna medycyna, stanowiąca poniekąd źródło macierzyste dla zębolecznictwa (anaesthetica, antiseptica, sedativa i in.). Nasze posiłkowanie się środkami farmaceutycznymi (również — wprawdzie rzadziej — szczepionkami: Deutschmanna, antivirusem Besredki i in.) nie obejmują sporego zasięgu, biorąc naturalnie pod uwagę coraz więcej ukazujące się nowe leki, przeszczepiane na nasz teren lecznictwa. Są to sprawy znane, *posiłkowanie się więc recepturą uważać należy za całkiem wystarczające, a poniekąd za wielce pożądane z wielu względów*. Chodzi o otrzymywanie preparatu w należytym stanie w myśl całkiem słusznych twierdzeń prof. Modrakowskiego: fachowe przygotowanie, należyte przechowywanie, odpowiedzialność zawodowa, uniemożliwienie dostawania się środka w ręce niepowołane, unikanie wyzysku, wymagany porządek i ład społeczny, możność kontroli państwowej. Te warunki, nikt wątpić nie będzie, osiągalne są przy współpracy jedynie z aptekami, opartymi na racjonalnej pracy pod kierownictwem wytrawnych sił fachowych. Placówki te, mające też charakter społeczny, powstają

coraz częściej w większej liczbie, ze względu na potrzeby ludności, związane ze zdrowiem publicznym. Mamy je coraz więcej na całym obszarze Państwa, w małych nawet osiedlach, gdzie są w ścisłym kontakcie ze światem lekarskim. Kontakt z tymi placówkami winien być bezwarunkowo utrzymywany w nie mniejszym stopniu ze światem lekarsko-dentystycznym. Ten kontakt winien być utrzymywany dalej ze względu na stały postęp metod terapeutycznych i związanych z rozwojem wiedzy farmakologicznej. Niezależnie od tych zagadnień musimy też brać pod uwagę znaczenie aptek pod względem społeczno-sanitarnym, o czym głośno rozprawia się szczególnie ostatnio. Grają one ważną rolę w walce z mnożącymi się niewłaściwymi wytwórniami różnych leków i ich niewłaściwymi sposobami rozpowszechniania.

Ostatnio ogłoszona Farmakopea Polska II przytacza nadzwyczaj rygorystyczne przepisy, dotyczące wewnętrznego ekwipunku aptek, co ma wielkie znaczenie w zaopatrywaniu ludności w wymaganej czystości leki. Ten właśnie kodeks obejmuje aptekarstwo i ustala wszelkie wytyczne.

Mylne jest twierdzenie jakoby preparaty, wykonywane podług wiadomego przepisu w aptekach, są znacznie droższe, niż gotowe wyroby laboratoriów, pracowni i t.d. Cenniki aptekarskie mają pewne ustawowe granice cen. Pomimo stałej taksy (taxa laborum), ceny preparatów zawsze będą niższe od cen artykułów innego pochodzenia, bowiem tu w grę wchodzą wymagane przez odsprzedawców wysokie rabaty — 30%, 40% a nawet 50%.

Zgodnie z opinią osób kompetentnych ceny w aptekach w Polsce są niższe, aniżeli w innych krajach, a zarobek netto obraca się w o wiele niższych granicach, aniżeli w innych przedsiębiorstwach.

Zasługuje na zaznaczenie, że *apteka odpowiedzialna jest za każdy specyfik,* jak za każdy inny lek. Powinno to każdego przekonać, że w razie konieczności specyfik we własnym interesie należy nabywać *tylko w aptekach,* które przepisów nie ukrywają z punktu widzenia prawnego, w myśl § 18 Rozporządzenia o specyfikach (Dz. U. R. P. nr. 70, r. 1926). Kontrola tych odbywa się przez wykonywanie prób preparatu, czy odpowiada on wymaganiom farmakopealnym, od czego zależy skuteczność działania środka. Kontrola taka dotyczyć może tylko aptek, bowiem różne fabryczki wobec ich warunków pracy mogą się uchylić od tych wymagań.

Musimy zaznaczyć, iż zagadnienie specyfików *dla celów dentystycznych* w ogólnym zagadnieniu specyfików w Polsce stanowi sprawę bardzo zawikłaną. Tu nie może być mowy o owym malum necessarium, o którym wzmiankują niektórzy odnośnie do *ogólnych* specyfików. Jak prasa farmaceutyczna utrzymuje, zwolennikami tych m.in. są ci aptekarze, którzy je sami wyrabiają. Z tym zjawiskiem można się zgodzić: apteka wyrabia — apteka sprzedaje, są to, jak utrzymują, ich dzieci; oni dbają z konieczności

o ich „stan zdrowotny“, o ich należyte utrzymanie, o właściwy kierunek (w myśl wymagań proceduralnych). O tym „dziecku“ wyraźnie mówi art. 2 Rozporządzenia o wyrobie i obrocie specyfików.

Słusznie świat farmaceutyczny zaznacza, iż o ile przyrządzanie specyfików ze względu na rozwój techniczny niekiedy musi wychodzić poza ramy apteki, to jednak ten jako lek jak każdy inny podlega kontroli Państwa i może być wydawany przez apteki z przepisu lekarza we właściwe ręce.

Tolerancja władz co do niektórych specyfików, dopuszczonych do obrotu w składach aptekarskich, *nie dotyczy bynajmniej środków o silnym działaniu,* zawartych w specyfikach dla naszych celów.

Gdy specyfiki ogólno-lekarskie (w różnych dziedzinach specjalności) podlegają rejestracji urzędowej z łatwo zrozumiałych powodów, coraz więcej rozpowszechniane specyfiki dentystyczne nie znają tej konieczności. Wzmiankujemy tu o tym dlatego, że *wbrew przepisom prawnym numeru rejestru na wielu specyfikach nie spotykamy, aczkolwiek, akcentujemy, niektóre zawierają silnie działające środki!* Takie właśnie specyfiki, nie kontrolowane przez Państwo, dostają się do rąk niewłaściwych!

Nie należy bynajmniej obejść milczeniem sprawy *specyfików zagranicznych,* dostarczanych nam różnymi drogami. A wiadomo, specyfiki w Polsce nierejestrowane nie mają debitu i uważane są jako szmuglowane (najczęściej z Niemiec i Gdańska). Że dzieje się to z krzywdą dla gospodarki krajowej i rodzimego przemysłu farmaceutycznego i aptekarskiego, o tym zbyteczne jest tu się rozwodzić. Bezmyślne służalcze ustosunkowanie się niektórych składników jest stanowczo szkodliwe i z tego należałoby wyciągnąć pewne konsekwencje.

Znany jest fakt, iż mamy wśród nas sporo takich, którzy nie orientują się w sytuacji, dalekich chyba od poważnego traktowania swego zawodu, którzy łatwo dają się zasugerować nęcącej reklamie zagranicznej, która zapewnia nas o cudownym wprost działaniu tego lub innego wyrobu, zestawionego według przepisu tej lub innej znakomitości.

Jak się rozpowszechnia omawiane specyfiki? Całkiem otwarcie; przepis (recepta) lekarza zbyteczny. Otrzymuje je dowolnie: technik, felczer, fryzjer, wieśniak-znachor, chłopiec techniczno-dentystyczny, składy apteczne, dentystyczne. Dostawać można środki znieczulające w ampułkach i innej postaci, pasty do umartwienia miazgi (As), środki przeciwgnilne w silniejszej koncentracji, pasty do przewodów, płyny do nawierzchniego znieczulenia, olejki eteryczne, rtęć, roztwory żywic i w. innych.

Solidne składy dentystyczne wyrzekają się tych tranzakcji, stojąc słusznie na gruncie prawa. Natomiast większość składów nie krępuje się; otwarcie uprawia „zawód“ farmaceutyczny, co nie jest zgodne z wyżej

przytoczonymi przepisami prawnymi. Byliśmy świadkami, jak w ręce młodocianego technika dentystycznego przeszła pewna ilość ampułek środka znieczulającego oraz słoik pasty arszenikowej. Na naszą interwencję co do nielegalności „tranzakcji“ nastąpiła odpowiedź niepoważnego kupca: „towar jest do sprzedania“... Czy to legalny „towar“?

Na prowincji i w innych środowiskach sprawa przedstawia się znacznie gorzej. Tak np. w Łodzi podobno technicy specyfiki dla naszych celów nabywają dowolnie w ilości spotęgowanej.

Rozpowszechnianie specyfików dentystycznych, zawierających składniki silnie działające, przez wędrownych sprzedawców, samodzielnych lub przedstawicieli hurtowych i detalicznych składów, stanowi zjawisko nie tylko demoralizujące, lecz karalne, bowiem tu nie ma żadnego hamulca. Tu większość odbiorców stanowia technicy, uprawiający zębolecznictwo w całej rozciągłości.

Dziwić się też należy, iż wbrew przepisom prawnym odbiorcami tych specyfików od wędrowców szczególnie anestetyków są osoby, pretendujące na powagi, dla których każde nasze wystąpienie w sprawach zawodowych jest solą w oku (nabywane tu są od tych wędrownych handlarzy po kilkadziesiąt nawet sztuk). I to się nazywa obrona przepisów prawnych!

Handel domokrążny środkami leczniczymi (również specyfikami) zabroniony jest na mocy przepisów art. 47 pkt. 8 Rozporządzenia Prez. Rzplitej. P. z dnia 7 czerwca 1927 r. o prawie przemysłowym (Dz. U. R. P. nr. 40, poz. 350 z r. 1934). Mamy więc w omawianym przypadku podwójne wykroczenie: sprzedaż przez osoby nieuprawnione i niedozwolony handel domokrążny środkami lekarskimi.

Skąd czerpią swój materiał farmaceutyczny składy dentystyczne i wędrowni sprzedawcy?

Od hurtowników.

Skąd dostają się do hurtowników?

Od różnych laboratoriów, pracowni i t.d.

Interesując się tą ciekawą sprawą, zwróciliśmy się do głośnej firmy „Zakłady Chemiczno-farmaceutyczne W. Dobrzański i Ska“, (Lwów), prosząc o zakomunikowanie nam, skąd osoby prywatne a znaczy się składnice dentystyczne i hurtowni sprzedawcy czerpią materiał sprzedażny w postaci anestetyków i t.d.?

Otrzymaliśmy odpowiedź, iż niektóre składy dentystyczne uzyskały od odnośnych władz prawo sprzedaży znieczuleń i innych preparatów, używanych w dentystyce. Nie może tu być mowy o specyfikach, zawierających środki silnie działające, których wydawania prawo aptekarskie zabrania, a które to specyfiki mogą być wydawane tylko za receptą lekarza-dentysty.

Ci właśnie hurtownicy są prawdopodobnie źródłem dowolnej rozsprzedaży wszelkich preparatów dentystycznych poza aptekami osobom nieuprawnionym jak również wędrownym, podważając autorytet prawa i powagę lekarza-dentysty... Specyfiki dentystyczne, przygotowane „na zapas" ulegają łatwo zmianom, co też często się stwierdza. Że stają się one małoskutecznymi, o tym nie należy się rozwodzić. Preparaty, wyrabiane przez aptekę ex tempore z przepisu lekarza (na zapotrzebowanie), są zawsze świeże i mogą być przygotowane w dowolnej ilości.

Chaos, zaznaczamy, istnieje od dawna. Świat dentystyczny dzieje te zna dokładnie, świat farmaceutyczny również. Dlaczego nikt nie reaguje — nie wiemy. Wiadomo natomiast, jak zawód farmaceutyczny znaczny czyni postęp w sprawie uporządkowania swoich spraw. Tu nie chodzi o drobiazg tak dla zawodu dentystycznego, jak i farmaceutycznego. Chodzi o zahamowanie rozpowszechnionego partactwa dentystycznego i czynników podtrzymywujących, chodzi o zdrowie publiczne, o uporządkowanie sprawy specyfików, które nie mogą być dowolną spekulacją ludzi niefachowych.

Reasumując wyżej przytoczone, należy zaznaczyć:

W obowiązujących przepisach prawnych również odnośnie do handlu specyfikami dentystycznymi nie mogą istnieć żadne odchylenia, wiążące ze sobą wydawanie wyjątkowych zezwoleń na wyrób i sprzedaż niefachowcom, bowiem wszelka kontrola państwowa ustaje.

Lekarze-dentyści winni w imię powagi zawodu i swego stanowiska posiłkować się możliwie recepturą (receptura magistraliter), tym bardziej, że zapotrzebowania nasze nie są zbyt wielkie, nie mówiąc o anestetykach (gotowych do użycia). Gotowe do użycia leki w pewnych dozach (ilościach) są też obiektami aptek; mogą one być dostarczane w stanie świeżym i dowolnej ilości.

Specyfiki dentystyczne winny być włączone do środków, posiadanych w aptekach. Przepisy oficjalne Wyższych Władz Lekarskich winny być propagowane przez zrzeszenia zawodowe (załącznik nr. 3 do Rozp. Min. Spr. Wewn. z dnia 28 sierpnia 1930 r. Dz. U. R. P. z dnia 26 stycznia 1931 r. poz. 30).

Wszelkie specyfiki dentystyczne, wyrabiane poza aptekami i przez wielki przemysł, winny być kierowywane bezwzględnie do aptek, tu przechowywane z oznaczeniem źródła fabrykacji i przez nie sprzedawane „z przepisu lekarza", traktowane jako środki silnie działające. Wobec istnienia wyraźnych przepisów prawnych wymienionym źródłom nie wolno sprzedawać nikomu, szczególnie osobom prywatnym (tym bardziej nieuprawnionym) jak również składnikom dentystycznym, składom aptecznym (drogeriom) i t.d., co stanowczo ułatwi kontrolę nad działalnością wytwórni.

Musi być bezwzględnie zabroniony *handel wędrowny specyfikami dentystycznymi*, ten bowiem handel czyni największe szkody zdrowiu publicznemu, udostępniając nabycie środków silnie działających wszelkim partaczom, technikom, fryzjerom, felczerom, akuszerkom, a nawet wieśniakom-znachorom, konkurującym z nieśmiertelnym kowalem-dentystą.

Zrzeszenia zawodowe winny rozwinąć szeroką akcję wśród aptek, prywatnych, municypalnych i ubezpieczalnianych dla propagowania receptury dentystycznej ewentualnie przygotowania niezbędnych specyfików w niewielkich ilościach.

Należy też brać pod uwagę podważanie godziwej egzystencji aptek przez podrzędne składy dentystyczne i apteczne. W uporządkowanych stosunkach prawno-państwowych niewłaściwe ujęcie sprawy specyfików dentystycznych jak również leków dla tych celów nie może godzić w byt aptek, jedynie mogących prowadzić należytą kontrolę i odpowiedzialnych za jakość wyrobu.

Każdy specyfik dentystyczny bezwarunkowo musi być rejestrowany zgodnie z wymaganiami prawnymi i ich konsekwencjami. Wielki przemysł farmaceutyczny stosuje się do tego prawa, nie może być dla innych żadnego wyjątku.

Dla ochrony, aby specyfik nie dostał się do niewłaściwych rąk, należałoby na sygnaturze zaznaczyć: *„Wolno wydawać z przepisu lekarza tylko w aptekach“.*

Rejestracja specyfików dla celów dentystycznych winna być ograniczona do minimum dla ochrony zawodu od masowego narzucania mu wszelkiego rodzaju wątpliwych preparatów; proste mieszanki farmaceutyczne czy to roztworów albo preparatów galenowych i w ogóle takich, które na receptę w każdej chwili można sporządzić, nie powinny być rejestrowane jako specyfiki, bowiem podnosi to poważnie cenę leku.

Należy sobie zdawać sprawę z tego, że nabywanie leku w aptece i w składzie dentystycznym lub aptecznym pod wszelkimi względami stanowi zjawisko o wielkim zróżniczkowaniu; mamy tu całkiem inne instytucje, przedsiębiorstwa o zupełnie innym charakterze. Pierwsza kieruje się Farmakopeą Polską II, obecnie najnowocześniejszą farmakopeą w świecie, dwa ostatnie nic wspólnego z nią nie mają. Farmakopea — kapitalne to dzieło stanowi cenny owoc pracy uczonych i farmaceutów polskich. Apteki, mając w Farmakopei Polskiej II ważny pierwowzór, odznaczający się bardzo rygorystycznymi przepisami, dotyczącymi nie tylko badań środków lekarskich, ale ich sposobu przechowywania, odpowiada za jakość wyrobu w mierze znacznie wyższej, aniżeli różne laboratoria, fabryczki i t.d., ściśle związane ze składami.

Uwydatniając właściwą rolę apteki w zawodzie lekarskim, we wszystkich dziedzinach medycyny, doceniając należycie jej stanowisko społeczne,

oddając każdemu to, co się słusznie należy, uda się zwalczyć naleciałości, nie związane z lecznictwem. Przyczynimy się do wzrostu konsumcji produkcji krajowej do samowystarczalności gospodarczej.

Nowy Naczelnik Wydziału Farmaceutycznego Min. Opieki Społecznej ppłk. mgr. Teodor Pastecki, znany ze swej energii, ostatecznie ureguluje omawiane sprawy rozpowszechnionego w naszym zawodzie nabywania środków lekarskich przez osoby niepowołane, szczególnie silnie działających (anaestetica, preparaty arszenikowe, sedativa, hypnotica i in.) również w postaci specyfików.

Poruszyliśmy tu ważną sprawę z punktu widzenia państwowego, społecznego i zawodowego. Przyglądając się nader szkodliwemu chaosowi, nie mogliśmy nad nią przejść do porządku dziennego, tym bardziej, że znikąd nie słychać żadnego głosu. W konferencjach ze solidnymi składnikami przyznano nam rację. Ów żal ich do niektórych kolegów, czyniących pewien nacisk co do sprzedawania tych wyrobów, doprawdy stanowi nader przykre zjawisko. Ci amatorzy nie orientują się, nie doceniają swego stanowiska. Są to, jak się zdaje, wyjątki, faktu jednak nie uogólniają.

Jak zawsze nasi „strzelcy z za płotu" znów będą mieli sposobność do agitacji przeciwko nam. Niech to będzie ich „moralnym" zadowoleniem. Niech w tym zadowoleniu nadal publicznie się szczycą swoim „postępostwem naukowym", zapominając o przysłowiu ludowym: „Kocioł przygania garnkowi, a sam smoli".

W chwili uregulowania sprawy przepisywania leków przez lekarzy-dentóstów poruszona tu sprawa, jak się zdaje, staje się aktualną.

K.

SPRAWOZDANIA

Z AKADEMII STOMATOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

Wzorem lat ub. w dniu 20 paźdz. 1938 r. w Audytorium „Anatomicum" odbył się wstępny egzamin konkursowy dla kandydatów na studia do Ak. Stomatologicznej w W-wie na r. ak. 1938/39.

Zgłosiło się ogółem 564 osób (przeważnie kobiety). Przyjęto na I r. ak. studiów 126.

W bież roku wstępny egzamin konkursowy składał się z 2-ch zadań, a mianowicie:

I. Zastosowanie promieniowania elektromagnetycznego w medycynie.

II. Co to są źródła?

Egzaminatorami przy egzaminach wstępnych byli: Doc. dr. Cezary Pawłowski i Doc. dr. Wilhelm Czarnocki.

Następujące osoby zostały przyjęte na I r. studiów:

1. Adamczyk Jan Wilhelm, 2. Ajbeszyc Janina, 3. Aktaboska Bogna, 4. Biedrzycka Jadwiga, 5. Boruch Marianna, 6. Bortenstein Felicja, 7. Bozgunow Kirył Todorow, 8. Branecka Alicja, 9. Brolska Maria, 10. Brykalska Józefa, 11. Bystroń Henryka, 12. Chwalibóg Barbara, 13. Chybowska Anna, 14. Ciechanowicz Helena, 15. Cyrułło Barbara, 16. Czarnecka Maria, 17. Czerniawska Maria, 18. Dimow Borys Botew, 19. Dolecka Pelagia, 20. Ehrenkreutz Jerzy, 21. Fieduszyn Eugenia, 22. Filipiak Zenona, 23. Fleisner Anna, 24. Gąssowska Hanna, 25. Głowiński Piotr, 26. Goebel Ludwika, 27. Gonszor Josef, 28. Grabiński Seweryn, 29. Gomulińska Wanda, 30. Hanslik Albin, 31. Huk Stefan, 32. Jabłońska Zofia, 33. Jakowicka Wanda, 34. Jakubowska Zofia, 35. Janiak Mieczysław, 36. Jarmicka Barbara, 37. Jaszan Maria, 38. Jaśkiewicz Janina, 39. Jaworski Ryszard, 40. Jaworowska Halina, 41. Jurkowska Wanda, 42. Kalbarczyk Alicja, 43. Kasperek Emilia, 44. Kawecka Eleonora, 45. Kierzkowski Witold, 46. Kisielewska Maria, 47. Klemczyńska Irena, 48. Kocot Alicja, 49. Rogala-Koczorowska Zofia, 50. Kołomyjska Anna, 51. Korompay Ilona, 52. Koroniewicz Natalia, 53. Kosicki Feliks, 54. Kownacka Maria, 55. Kozakiewicz Helena, 56. Kozłowska Halszka, 57. Krajewska Halina, 58. Kroban Jerzy, 59. Kusak Władysław, 60. Kuszel Danuta, 61. Laskowska Krystyna, 62. Lekczyńska Krystyna, 63. Luboińska Barbara, 64. Łannicka Maria, 65. Macewicz Irena, 66. Majewska Stanisława, 67. Merta Janina, 68. Miałkowski Safoniasz, 69. Mieszkis Irena, 70. Mieszkowska Aniela, 71. Mikliński Jerzy, 72. Mintz Wiktor, 73. Malinowska Kazimiera, 74. Moczarska Janina, 75. Napiórkowska Olimpia, 76. Nazar Bohdan, 77. Nikoniuk Walentyna, 78. Niżyńska-Naglicka Ludwika, 79. Nogowska Halina, 80. Nogowska Zofia, 81. Parczyński Zdzisław, 82. Pawlas Paweł, 83. Pawłow Todor, 84. [illegible]chwat Kazimiera, 85. Podgórska Emilia, 86. Próchnicka Zofia, 87. Reinke Zefiryn, 83. Rossol Urszula, 89. Rozenblat Zdzisław, 90. Rutkowska Maria, 91. Rzepecka Jadwiga, 92. Rzepnik Mieczysław, 93. Sapińska Krystyna, 94. Schwer Irena, 95. Smochowska Zofia, 96. Sobocińska Janina, 97. Sokołowska Izabella, 98. Stawinoga Olga, 99. Szabałow Nadzieja, 100. Szczecińska Zofia, 101. Szeniec Halina, 102. Szer Halina, 103. Szmigielski Michał, 104. Sztark Stefania, 105. Szyłkajtis Widewuta, 106. Śmigielska Adela, 107. Tombińska Irena, 108. Tresznewskyj Lubomir, 109. Ulatowska Anna, 110. Wajnberg Rena, 111. Weinstok Wanda, 112. Wiechecka Świętochna, 113. Wienke Alfons, 114. Wiśniewska Stanisława, 115. Włoczewska Barbara, 116. Wróblewska Helena, 117. Zalcman Aron, 118. Zieleniecki Józef, 119. Ziółkowska Marianna, 120. Grzeczyńska Irena 121. Gałanowa Zofia, 122. Gałuszka Edward, 123. Kolimeczkowa Elizaweta, 124. Koszutski Mikołaj, 125. Omiecki Leszek, 126. Jankowa Nadieżda Władimirowa.

KOMUNIKATY

Oddział Krakowski Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej.

W dniu 24 sierpnia 1938 r. została utworzona Sekcja Naukowa przy Stowarzyszeniu Absolwentów Akademii Stomatologicznej (Oddział Krakowski). Kierownictwo Sekcji Naukowej objął kol. Emil Spanauf.

Celem Sekcji będzie pogłębienie wiedzy teoretycznej i praktycznej tak z zakresu specjalności stomatolog. jako też medycyny ogólnej przez referaty, odczyty, demonstracje, referaty kolegów lekarzy z innych specjalności.

Kierownik Sekcji postanowił wejść w kontakt z Towarzystwem Lekarskim, które mieści w sobie Sekcje Oto-laryng., Chirurgiczną, Okulistyczną i Internistyczną, celem wzajemnej wymiany referatów.

Zebrania Sekcji odbywać się będą co miesiąc.

Zwracamy się z gorącą prośbą do kolegów, należących do Krakowskiego Oddziału Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej o łaskawe poparcie zamierzeń wymienionej Sekcji przez zgłaszanie referatów względnie odczytów na adres:

Lekarz-dentysta
Emil Spanauf
Kraków, ul. Długa 4 m. 6. Tel. 139-58.

Kraków, dnia 6 września 1938 r.

Sekcja lekarzy-specjalistów w chorobach jamy ustnej i zębów przy Związku Lekarzy P. P., Okręg Wielkopolski.

W grudniu 1936 r. ukonstytuował się w Poznaniu Sekcja specjalistów w chorobach jamy ustnej i zębów przy Związku Lekarzy P. P., Okręg Wielkopolski. Uporządkowano przede wszystkim organizację wewnętrzną oraz ustalono stosunek jej do Związku Lekarzy P. P.; wyrazem tego stał się przyjęty statut i regulamin. Z biegiem czasu punktem dominującym zabiegów Sekcji stała się praca naukowa, ujawniająca się w wygłaszaniu referatów z odnośnymi demonstracjami. Zasięg referowanych zagadnień dotyczył całokształtu stomatologii z uwzględnieniem działu chirurgiczno-zachowawczego, ortondoncji i protetyki również społecznego. Referentami byli przeważnie członkowie Sekcji. I na tym polu zainicjowano już współpracę z Klinikami U. P., zapraszając na prelegenta asystenta Kliniki chorób oczu do referowania zagadnienia zakażenia ustnego odnośnie schorzeń wtórnych oczu.

Troską Sekcji była też sprawa etyki w pracy zawodowej i wystąpienie przeciw nadużyciom w wykonywaniu tejże pracy.

Zebrania odbywały się ostatnio z reguły w odstępie dwutygodniowym w czasie oczywiście pracy Uniwersytetu. Wysiłek pierwszolecia Sekcji uważać można za pomyślny, a zainicjowany w drugim roku istnienia bieg pracy za rokujący nadzieję dobrego rozwoju.

Prezes: *doc. dr. med. Lakner.* Sekretarz: *dr. Pokora.*

Stowarzyszenie Lekarzy-dentystów Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie.

Pod powyższą nazwą powstało w Warszawie zrzeszenie lek-dentystów na mocy decyzji Komisarza Rządu m. st. Warszawy z dnia 29 maja 1937 r. nr. Sp. II—3/1137, wydanej na podstawie art. 21 Prawa o Stowarzyszeniach z dnia 27 października 1932. (Dz. Urz. Rzp. P. nr. 91 poz. 808), które wpisane zostało do spisu stowarzyszeń i związków Komisariatu Rządu m. st. Warszawy pod nr. 1047. O powstaniu Stowarzyszenia redakcja dowiedziała się w początku maja r. ub. Statut obejmuje 36 artykułów;

Siedzibą Zarządu jest m. st. Warszawa.

§ 3. Stowarzyszenie Lekarzy-dentystów Ubezpieczalni Społecznej powstaje w celu:

1. Zjednoczenie lekarzy-dentystów, pracujących w Ubezpieczalni Społecznej na gruncie zawodowym i koleżeńskim.
2. Zapewnienie Ubezpieczalni Społecznej najdzielniejszych lekarzy-dentystów pod względem zawodowym i obywatelskim.
3. Utrzymanie wysokiego poziomu etyki koleżeńskiej.
4. Obrony interesów moralnych i materialnych lekarzy-dentystów w drodze prawem dozwolonej.

§ 6. Członkami Stowarzyszenia mogą być wszyscy lekarze-dentyści Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie.

§ 7. Wszyscy członkowie są przyjmowani przez Zarząd i muszą opłacać wpisowe w wysokości 1 zł. przy zapisaniu się i stałą składkę miesięczną w wysokości 2 zł.

§ 17. Zarząd Stowarzyszenia składa się z prezesa i 6-ciu członków Zarządu. Do Zarządu mogą wejść członkowie innych stowarzyszeń bądź delegowani bądź kooptowani z głosem doradczym.

Prezes i członkowie zarządu wybierani są na okres 1 roku kalendarzowego.

§ 26. Zarządowi przysługuje prawo kooptacji do Zarządu członków Stowarzyszenia z prawem głosu decydującego.

Sprawozdań z działalności nie spotykaliśmy. Składu Zarządu nie znamy.

BIBLIOGRAFIA

Prof. dr. Szepelski Konrad.

Terapia chorób zębów. Metodyka wypełniania korzeni. Cz. II. Nakładem „Dentystycznych Wiadomości Związkowych" 1938.

W obecnym okresie polskiej stomatologii, gdy następują w niej doniosłe zmiany, jak utworzenie Izb Lekarsko-dentystycznych, rozszerzenie studiów, zainteresowanie całego zawodu skierowane jest głównie na sprawy społeczne. Myliłby się jednak ten, kto by sądził, że sprawy naukowe są w naszym piśmiennictwie zaniedbywane. Na ubogiej niwie naszej literatury fachowej, wśród której nie spotykamy prawie wcale usystematyzowanych podręczników, pojawiła się praca, która wypełniła poważną lukę. Zagadnienie leczenia przewodów, a jak to prof. Szepelski trafnie podkreśla, raczej leczenia ozębnej, jest problemem ostatnio szczególnie aktualnym i szeroko rozstrząsanym w literaturze zagranicznej. Poglądów na te sprawy instnieje tak wiele, że trudno jest się w tym labiryncie zorientować. Zasługą autora jest nie tylko dokonanie przeglądu tych metod, ale wskazanie praktykowi jasnych zasad, pozwalających krytycznie i rzeczowo ustosunkować się do każdej metody.

Autor reasumuje wyniki badań anatomopatologicznych, bakteriologicznych i rentgenologicznych, przeprowadzonych w Klinice Dentystyki Zachowawczej Akademii Stomatologicznej, wyprowadzając wnioski własne, mające wielkie znaczenie w pracy klinicznej. Należy podkreślić, że wnioski te nie są narzucane czytelnikowi, ale podane z godnym podziwu obiektywizmem, cechującym pracę nauczycielską prof. Szepelskiego.

Sądzić należy, że omawiana praca jak i zapowiadane przez autora następne części „Terapii chorób zębów" spełnią swe wdzięczne zadania dydaktyczne. A życzę tego szczerze nie tylko dlatego, że mam zaszczyt zaliczać się do uczniów prof. Szepelskiego, ale i z obowiązku recenzenta, notującego ze szczególną satysfakcją ukazanie się podręczników stomatologicznych w języku polskim.

St. Zaks.

Dr. Brzeziński M.

Klamra w protetyce dentystycznej. Nakł. „Dentystycznych Wiadomości Związkowych" 1938.

Zasługą niewątpliwą kol. Brzezińskiego jest opracowanie monografii o tak ważnym elemencie protezy jak *klamra.* Zasługa ta jest tym większa, że jest to pierwsza praca, poświęcona temu zagadnieniu nie tylko w litera-

turze polskiej, ale bodajże i światowej. Autor, podkreślając konieczność indywidualizacji przy stosowaniu klamry, omawia całokształt problemu i zwraca szczególną uwagę na koordynację czynników statycznych, biologicznych i estetycznych. Poruszone są w monografii takie kwestie, jak zakotwiczenie klamry, stosunek jej do tkanek okołozębowych, działanie sił na dostawkę oraz mechanizm działania samej klamry, materiałoznawstwo dentystyczne w odniesieniu do klamry i t.d., więc na ogół wszystkie kwestie, wchodzące w grę przy planowaniu klamry. Autor omawia szereg konstrukcji klamrowych, nie pomijając strony laboratoryjnej.

Ewentualne zarzuty, iż kol. Brzeziński nie rozwinął szerzej takich zagadnień jak metalurgia klamry, stosunek do spraw okołozębowych, upadają wobec zakreślenia przez autora szczupłych ram pracy, ram, w których wszystkie problemy musiały być uwzględnione w sposób zwięzły ze względu na harmonijność całości. Taki sposób ujęcia może być podnietą dla czytelnika w kierunku samodzielnego rozwinięcia interesujących go zagadnień.

Praca kol. Brzezińskiego, operująca sumiennie materiałem źródłowym, ułatwi kolegom, nie mającym styczności z literaturą zagraniczną, zapoznanie się z najnowszymi poglądami na sprawę klamer, a w każdym razie przyczyni się do rozszerzenia naszego pola widzenia, w którym klamra, do niedawna obiekt niegodny większego zainteresowania, urasta do miary nie tylko ważnego elementu w protezie, ale i doniosłego zagadnienia w protetyce dentystycznej.

St. Zaks.

ZMARLI

W Warszawie dnia 27 kwietnia 1938 r. zmarł lekarz-dentysta Nikodem Bauer, jeden z najstarszych praktyków. Urodził się dnia 24 października 1877 r., dyplom uzyskał przy uniwersytecie w Kijowie. W r. 1897 rozpoczął praktykę w Warszawie i w krótkim czasie zdobył rozległą praktykę, szczególnie w dziedzinie protetyki. W ciągu wielu lat był lekarzem-dentystą II Męskiego Gimnazjum oraz Poczty i Telegrafu w Warszawie. Zamiłowany w swoim zawodzie, odznaczał się niezwykłą sumiennością i pedanterią w pracy. Od chwili powstania Związku Lekarzy-dentystów w P. P. był przywiązanym jego członkiem, niejednokrotnie jako członek zarządu, poświęcając wiele energii. Niezmordowany w pracy społeczno-zawodowej, walczy bezkompromisowo ze wszelkimi objawami bezprawia. Jako człowiek, zasługujący na zaufanie, zapraszany był często jako biegły do urzędów skarbowych i Komisji Odwoławczych przy gminie wyznaniowej. W r. 1915 po ewakuacji Rosjan staje w szeregach straży obywatelskiej na

odpowiedzialnym stanowisku przodownika. Jako doskonały znawca protetyki, zawsze chętnie dzielił się z kolegami bogatym doświadczeniem na zebraniach naukowych i w rozmowach prywatnych. W wielce czynnym życiu nigdy nie odmawiał kolegom pomocy zawodowej i w gronie swych pacjentów liczył wielu kolegów. Zmarł na posterunku na skutek ataku sercowego na zebraniu Związku L. L. w P. P.

Cześć Jego świetlanej pamięci!

M. B.

W dniu 29 maja 1938 r. zmarł w Warszawie po krótkich cierpieniach dr. Henryk Gelbard. Urodził się w r. 1873 w Piotrkowie, gdzie ukończył gimnazjum. Studia medyczne odbywał w Warszawie, a po otrzymaniu dyplomu lekarskiego specjalizował się w dentystyce. Dla uzupełnienia i pogłębienia zdobytych wiadomości często wyjeżdża za granicę, dążąc stale do rozszerzenia swej wiedzy. Już w krótkim czasie Zmarły zdobył w Warszawie rozległą praktykę i mimo mozolnej pracy nie ustawał w dążeniu do przyswajania sobie wszelkich zdobyczy wiedzy odontologicznej, która szybkim krokiem postępowała naprzód.

Zmarły brał często udział w zjazdach krajowych i zagranicznych, chętnie dzielił się wiadomościami z kolegami, czy to prywatnie czy też wygłaszając odczyty w zrzeszeniach. Specjalnie interesował się chirurgią i rentgenologią i ortodoncją, które to dziedziny były w kraju przez dłuższy czas mało rozpowszechnione.

W czasie wojny światowej Zmarły mianowany został naczelnym lekarzem szpitala dla szczękowochorych Czerwonego Krzyża, a po ewakuacji w r. 1915 do Moskwy pełnił swoje obowiązki do końca wojny.

Po powrocie do kraju kol. Gelbard starał się znowu stanąć na poziomie nowych zdobyczy wiedzy. Wszyscy, którzy Go znali bliżej, wiedzą, że zapał i energia nie opuszczały Go nigdy.

Zmarły kol. Gelbard nie dbał o zaszczyty i honory, a należąc do zrzeszeń zawodowych pracował jako szeregowy członek i bogatą wiedzą chętnie się dzielił z kolegami. Praca Jego była ofiarna i owocna dla zawodu.

Cześć Jego pamięci!

W. Z.

Nieliczna rzesza starszych kolegów zmniejszyła się. W dniu 9 listopada 1938 r. odszedł w zaświaty lekarz-dentysta Cemach Brewda, przeżywszy lat 63. Zmarły urodził się w miasteczku Lachowicze (dawna Gubernia Mińska). Wykształcenie średnie otrzymał w szkole realnej w Pińsku, gdzie odznaczał się wielkimi zdolnościami matematycznymi, dzięki czemu był wziętym korepetytorem.

Po ukończeniu szkoły średniej, przybył do Warszawy i wstąpił do Szkoły Lekarsko-dentystycznej Ludwika Szymańskiego. Uczelnię tę ukończył w 1902 r. i zaraz zaprzągł się do pracy zawodowej, w której trwał przez lat 36. Dzięki swej dobroci i bezinteresowności zdobył sobie w krótkim czasie dużą praktykę zwłaszcza wśród ludzi niezamożnych, nie mogących ponosić wielkich wydatków na leczenie. Czuły na niedolę ludzką, Kolega Brewda jak tylko mógł starał się pomagać tym koleżankom i kolegom, których smagał dotkliwy los. Jako człowiek miłosierny i poglądów liberalnych, obcy był na różnice wyznaniowe i narodościowe. Wspierał tak Żydów jak i chrześcijan, a zawsze czynił to z wielkim taktem, by nikomu z potrzebujących nie czynić przykrości. W ciągu swej 36-letniej pracy nie korzystał nigdy z wywczasów wypoczynkowych, pracując stale, aby być pomocnym dla potrzebujących. Pracował do ostatniej niemal chwili swego życia. Zmarł z wielką krzywdą dla wielu korzystających z Jego cicho udzielanej pomocy, których wspierał, poświęcając też wiele czasu na odwiedzanie tych, którzy gdzie indziej często daremnie szukali pomocy.

W dniu 11 listopada r. b. liczne grono kolegów, pacjentów i przedstawicieli instytucji społecznych oddało ostatnią posługę Zmarłemu. Nad grobem przemawiał kol. Majchendler, akcentując cechy i zasługi Kolegi Brewdy jako społecznika.

Cześć pamięci dobrego i szlachetnego Kolegi!

H. L.

Od wydawnictwa

Prosimy o uregulowanie należności za czas ubiegły: r. 1937 i 1938 za pośrednictwem P. K. O. czekiem za nr. 11.361, dołączonym do każdego zeszytu lub bezpośrednio w administracji.

Pisma „za pobraniem“ wysyłać nie możemy, bowiem podnosi to koszt przesyłki, obciążający prenumeratora.

Posyłanie inkasenta ponosi wydatek zbyteczny, obciążający prenumeratora.

Prenumeratorzy, którzy nie życzą sobie dalszego prenumerowania pisma, zechcą nas o tym zawiadomić zawczasu. Unikniemy zbytecznych wydatków na monity i przykrych dla nas nieporozumień.

Długi na 1.I.1938 za poprz. czas stanowią pokaźną kwotę, wynoszącą blisko zł. 3000. Krzywdzi to pismo i utrudnia regularne wydawanie. Ogłoszenia pokrywają tylko część wydatków, które nawet w skromnych rozmiarach pisma są dosyć spore (druk, papier, poczta, ekspedycja, administracja, prenumerata, kupno pism i niekt. książek, materiały, druki i t.d.). Wielokrotne monity nie skutkowały. Nazwiska dłużników podamy do wiadomości publicznej.

